

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Erro Terapêutico em Pediatria: Perspetivas e Práticas dos Enfermeiros

Priscila Nogueira Carreira

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Erro Terapêutico em Pediatria:

Prática e Perspetivas dos Enfermeiros

Estudo de caso numa Unidade de Cuidados

Intensivos Pediátricos de um Hospital de Lisboa

Priscila Nogueira Carreira

Docente Orientadora: Maria Teresa Oliveira Marçal

2013



AGRADECIMENTOS

A minha gratidão a Deus, pelas oportunidades criadas, pela vida, por me permitir fazer o que gosto, e pela força e equilíbrio emocional em mais um importante momento da minha vida.

À professora Maria Teresa Oliveira Marçal, minha orientadora, por me levar a pensar e repensar, escrever e reescrever, num processo que primou pela qualidade, com contributos valiosos para a praxis da enfermagem.

À minha família que nas minhas ausências se manteve presente, com o seu permanente apoio, motivação e carinho.

A todos os amigos, de perto e de longe, que se preocuparam genuinamente, investiram o seu tempo a ouvir-me, a aconselhar-me e encorajar-me.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, nomeadamente todos os enfermeiros que participaram no relato de incidentes críticos.

Cabe-me ainda agradecer à Direção de Enfermagem do CHLN- HSM pela autorização concedida bem como ao enfermeiro Chefe da unidade de cuidados intensivos de pediatria, pelo apoio e colaboração prestados.



“Não será evidente que para podermos ajudar o melhor possível devemos enfrentar as nossas dúvidas, as nossas necessidades e as resistências?”

Não podemos crescer sem agir desta forma!”

Ram Dass e Paul Gorman

RESUMO

A ocorrência de erros de medicação na prestação de cuidados de saúde é inevitável, contudo para aprender com eles é necessário que estejam documentados. Recorrendo a uma abordagem qualitativa, procurou-se analisar a opinião que os enfermeiros prestadores de cuidados têm da sua prática no que se refere aos determinantes do erro terapêutico, estratégias de intervenção utilizadas e práticas de notificação na prestação de cuidados de enfermagem ao doente pediátrico numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, num hospital de Lisboa. O método seguido foi o estudo de caso, através do qual se pretendeu conhecer o fenómeno em estudo, utilizando como técnica o relato de incidentes críticos, procedendo-se à posterior análise de conteúdo dos mesmos.

A prevalência dos erros de medicação é influenciada pelo ambiente onde decorre a prestação de cuidados. A capacidade de comunicar de uma forma estruturada e segura com os diferentes elementos da equipa é um fator que contribui para a redução do erro de medicação. Os erros de medicação podem ocorrer em diferentes fases do processo do medicamento, os enfermeiros têm um papel fulcral na sua prevenção.

A notificação dos erros de medicação deve ser visto como um instrumento que procura a realização de boas práticas baseadas no melhor conhecimento científico e a excelência do cuidar, com contributos diretos na diminuição dos erros de medicação.

Os erros de medicação podem resultar em morbilidade, mortalidade, aumento na monitorização e nos gastos em cuidados assim como retardar a alta hospitalar. Desta forma, poderemos constatar que os erros de medicação acarretam custos humanos, económicos e sociais.

Existe sempre espaço para aprender mesmo que essa aprendizagem seja decorrente de um erro.

Palavras-chave: erros de medicação, medicamentos, enfermagem, pediatria

ABSTRACT

The occurrence of medication errors in the provision of healthcare is inevitable, but to allow to learn from them, they must be documented. Using a qualitative approach, we tried to analyze the sense that nurses care providers, have in their practice, with regard to the determinants of therapeutic error, intervention strategies and reporting practices used in providing nursing care to a pediatric patient Intensive Care Unit of Pediatrics, in a Lisbon hospital. The method used was the case study, through which it was intended to meet the phenomenon under study, using the technique of report of critical incidents, proceeding to the subsequent analysis of their content.

The prevalence of medication errors it is influenced by the environment where performs the healthcare. The ability to communicate in a structured and safe way with the different team elements is a factor that contributes to the reduction of medication errors. Medication errors can occur at different stages of the drug, nurses have a key role in prevention.

The notification of medication errors must be seen as an instrument that seeks the implementation of best practices based on the best scientific knowledge and excellence in care, with direct contributions in reducing medication errors.

Medication errors can result in morbidity, mortality, and increased monitoring spending on care and delay hospital discharge. Thus, we can see that a medication error causes human, economic and social costs.

There is always room to learn, even if that learning process results from an error.

Keywords: medication errors, medication, nursing, paediatrics

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

art.^o - artigo

et al. – e outros

pp. – páginas

SIGLAS

ANA - American Nurses Association

APDH - Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

CHLN-HSM – Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Santa Maria

DGS - Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-lei

EAM - Evento Adverso de Medicação

EM - Erro de Medicação

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EU - União Europeia

ICN - International Council of Nurses

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI - Joint Commission International

NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDA - *Personal Digital Assistant*

PNAE - Paediatric Nursing Associations of Europe

RAM - Reações Adversas de Medicação

INDICE QUADROS

Quadro nº 1 - Categorias de gravidade dos erros de medicação

Quadro nº 2 - Tipologia do erro de medicação

Quadro nº 3 - Determinantes do erro de medicação

Quadro nº 4 - Determinantes do erro de medicação: Ambiente

Quadro nº 5 - Determinantes do erro de medicação: Comunicação

Quadro nº 6 - Determinantes do erro de medicação: Falhas no processo do medicamento

Quadro nº 7 - Práticas de notificação do erro de medicação

Quadro nº 8 - Consequências do erro de medicação

Quadro nº 9 - Aprendizagem com o erro de medicação

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. Conceção de Segurança e Qualidade dos Cuidados	7
1.2. Conceção do Erro e seus Elementos	11
1.2.1. Classificação dos Erros de Medicação	13
1.2.2. Tipologia do Erro de Medicação	14
1.2.3. Etiologia dos Erros de Medicação	15
1.3. Perspetivas na Abordagem do Erro	17
1.3.1. Sistema de Notificação de Erros	18
1.4. Epidemiologia dos Erros de Medicação	20
1.5. Erro de Medicação em Pediatria	21
2. A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO	24
3. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	29
4. METODOLOGIA	32
4.1. Tipo de Estudo	32
4.2. População e Amostra	33
4.3. Colheita de Dados	34
4.4. Tratamento de Dados	35
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	37
5.1. Determinantes do Erro de Medicação	37

5.2 Práticas de Notificação do Erro de Medicação	52
5.3 Consequências do Erro de Medicação	58
5.4 Estratégias	63
6. SINTESE, CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7. BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	82

ANEXO I – Consentimento Informado

ANEXO II – Guia Orientador para Relato Incidente Crítico

ANEXO III – Pedido Autorização para realização do estudo

0. INTRODUÇÃO

Na área de saúde em Portugal está-se a caminhar para uma cultura de segurança que deverá passar pela implementação de sistemas de gestão do risco, de melhoria da qualidade e da segurança do doente. Sendo assim, uma preocupação que marca toda a prestação de cuidados de saúde é a Segurança do Doente – Qualidade dos Cuidados e nela a problemática do Erro. De entre os possíveis erros que podem ocorrer durante o processo terapêutico de um doente, os erros relacionados com a medicação são talvez os mais frequentes. FRAGATA (2011, p. 111) refere que “os erros de medicação ocorrem com muita frequência”. Os erros de medicação podem acontecer em qualquer etapa do processo do medicamento e ser cometidos por qualquer profissional envolvido no processo o que o transforma num problema multifatorial. Segundo o autor supra citado, pelo menos 5% de todos os doentes internados num hospital sofrerão um evento adverso de medicação. Mas, para além das consequências que o erro de medicação acarreta para o doente, pode ter igualmente efeitos devastadores nos profissionais, gerando muitas vezes sentimentos de culpa, angústia, vergonha perante o doente e os outros profissionais. Sendo que, o erro pode ainda ter consequências penais quando instituído processo judicial.

Uma cultura de segurança e de prevenção do erro implica, um vasto conjunto de práticas, entre as quais se destacam as de notificação. Desta forma, o tratamento do erro de medicação deverá compreender uma abordagem sistémica e multidisciplinar numa cultura de reporte sem culpa, que trará benefícios para o doente e profissionais envolvidos minimizando as consequências que daí podem advir.

Em pediatria este fenómeno é ainda mais alarmante, vários autores referem que o erro de medicação é mais frequente nesta população. DHILLO (2003) fazendo referência a um estudo realizado no Reino Unido que envolveu 682 crianças admitidas no Centro de Doenças Cardíacas Congénitas, revelou resultados que suscitam alguma inquietude, ocorrência de um total de 441 erros de medicação em três áreas específicas: prescrição, administração e fornecimento.

De facto, a pediatria comporta um conjunto específico de riscos de erros de medicação o que aumenta a sua probabilidade de ocorrência, nomeadamente: a necessidade de proceder a cálculos, muitos medicamentos apresentarem formulações e posologias destinadas aos adultos o que implica a sua manipulação por parte dos enfermeiros, imaturidade hepática e renal e incapacidade para comunicar muitas vezes as reações adversas do medicamento.

Os erros de medicação podem ser considerados como acontecimentos adversos passíveis de serem prevenidos que podem ocorrer em uma ou mais etapas do processo do medicamento, mas que nem sempre resultam em dano para o doente. Aliás, o facto de determinado erro de medicação não provocar qualquer efeito no doente pode eventualmente contribuir para que este passe despercebido. Se por si só, este facto do ponto de vista individual já era impulsionador, o interesse pelo tema assumiu maior relevância desde que se iniciou o projeto “Registo de Incidentes Críticos” num dos setores do serviço onde desempenho funções, em Julho de 2008, cujo objetivo passa por “Integrar de forma efetiva a gestão de Incidentes Críticos pela equipa médica e enfermagem, em todo o processo de cuidados à criança/família internada no referido setor”. Analisados os relatórios dos anos de 2008-2009-2010, constatou-se que os incidentes críticos mais frequentemente identificados foram os **Incidentes de Medicação** assumindo **47,5%**¹ do total de incidentes notificados. No decurso da análise dos relatórios, verifica-se um ligeiro aumento no número de notificações de incidentes críticos, 2008 (Julho a Dezembro) - **61** | 2009 - **134** | 2010 – **147**¹ incidentes registados. Pela motivação dos profissionais na concretização deste projeto tem-se verificado um ligeiro aumento nas notificações embora estejamos cientes que estes números estão aquém dos incidentes ocorridos. No que concerne às percentagens dos incidentes de medicação estes diminuíram, (julho a dezembro) 2008 – **47,5%** | 2009 – **50%** | 2010 – **40,1%**, contudo, estas percentagens não deixam de ser preocupantes e como enfermeiros representamos uma proporção significativa dos recursos humanos em saúde

¹ Dados do Relatório de Incidentes Críticos na UCIPED 2008 | 2009 | 2010

que passam grande parte do tempo com os doentes, cujas intervenções assumem grande diversidade e complexidade tendo a qualidade da sua execução um forte impacto. No decurso deste contínuo junto do doente o que potencia a ocorrência de erros de medicação ligados à prestação de cuidados, é consensual que estes não podem ser totalmente abolidos, mas enquanto profissionais devemos assegurar-nos que são empreendidos todos os esforços para minimizar a sua ocorrência assim como as consequências que advêm do erro de medicação.

O Código Deontológico do enfermeiro apresenta várias referências ao dever de zelar pela segurança do doente e garantir através dos meios que dispõe, a qualidade dos cuidados que presta. Perante este facto não podemos excluir a responsabilização profissional nas falhas de segurança dos sistemas, no entanto, analisar o erro de medicação numa perspetiva sistémica permite conhecer as causas que contribuíram para o erro, procurando-se desta forma construir um sistema mais seguro. Somos profissionais que no seu enquadramento legal, REPE art.º 9 alínea e) temos como função a administração terapêutica detetando os seus efeitos adversos e atuando em conformidade. Como tal, existe uma grande responsabilidade na minimização ou até mesmo no evitar o maior número de incidentes adversos inerentes ao erro terapêutico. Mas a minimização do erro terapêutico é da responsabilidade da equipa onde cada um assume os atos profissionais que lhes estão atribuídos, sendo uma evidência inevitável a envolvimento de todos na segurança do doente.

Para a génese de qualquer erro contribuem não só as atitudes e práticas de atuação individual mas todos os elementos de vulnerabilidade inerentes à própria estrutura do sistema organizacional que facilitam ou potenciam a ocorrência do erro.

Assim sendo, é pela evidência do profundo respeito pela pessoa humana que este tema assume uma pertinência em que se torna fundamental analisar as diferentes vertentes sobre o erro de medicação neste contexto de trabalho, para que a gestão do mesmo neste setor contribua para a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente. Pois, como refere NUNES (2006,

p.369) na qualidade dos cuidados, “ligada à justiça surge a obrigação profissional e, na esfera da responsabilidade, a excelência do exercício”. E se a excelência do exercício assume uma posição privilegiada, não menos importantes são as relações que se estabelecem com o intuito de atingirmos os objetivos propostos pelo serviço/instituição na promoção de uma cultura de segurança do doente, porque somos seres em constante relação com os outros e o ambiente. Deste modo, tendo em conta o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), Lei 111/2009 de 16 Setembro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos procurando em todo o ato profissional a excelência do exercício. E saindo da esfera individual, da praxis, em que a segurança do doente e consequentemente a qualidade dos cuidados suscitaram o interesse pelo erro de medicação em pediatria, esta questão também se reveste de atenção a nível nacional e internacional.

SOUSA et al. (2010) tendo em vista a definição de prioridades de investigação em segurança do doente e baseados no trabalho realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no período de 2006 a 2008, destacam três questões que se afiguram essenciais, sendo uma, a identificação de áreas/temas prioritários para a investigação. No ranking das vinte áreas prioritárias para cada um dos grupos de países (desenvolvidos, em desenvolvimento e com economia em transição) os eventos adversos medicamentosos e erros de medicação assumem destaque.

Portugal não fica excluído e a política de saúde preconizada pelo XVIII Governo Constitucional apresenta duas medidas a integrar no Plano de Saúde 2010-2016 que passam por “desenvolver mecanismos de gestão de risco, que asseguram o aumento da segurança” e “incentivar os órgãos de gestão das instituições de saúde a definir uma estratégia a aprovar programas, objetivos e medidas de qualidade” (PROGRAMA do XVIII GOVERNO, 2010). Torna-se necessário promover uma cultura de segurança onde a deteção e prevenção do erro de medicação é primordial.

Como tal, as organizações científicas e internacionais, Organização Mundial de Saúde (OMS) e União Europeia (EU) recomendam aos Estados Membros a avaliação da cultura de segurança, como condição essencial para se introduzirem mudanças de comportamento nos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde e deste modo, alcançar melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados prestados aos doentes. Perante estas diretrizes, a Direção Geral de Saúde (DGS) em 2011 criou um Observatório em Segurança do Doente sendo este uma ferramenta importante de divulgação de informação nacional e internacional com identificação de questões relacionadas com a segurança da prestação de cuidados de saúde. Num protocolo de cooperação entre a DGS e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), em junho 2011 é realizado um estudo piloto em hospitais portugueses para avaliação da cultura de segurança do doente, onde as dimensões “resposta ao erro não punitiva” e “frequência da notificação de eventos adversos” se apresentam como dimensões de intervenção a curto/médio prazo.

Cada vez mais, os enfermeiros são confrontados com a prestação de cuidados de alto nível baseados na melhor evidência disponível. Mas segundo WILSON et al. (2010) fazendo referência a HUTCHINSIN & JOHNSTON (2004) ainda existem barreiras à realização e implementação de uma prática baseada em evidências, podendo em parte dever-se à falta de evidências disponíveis em muitas áreas da prática, incluindo a enfermagem pediátrica. Tendo presente esta constatação acredito que a compreensão deste tema e a implementação de medidas preconizadas para prevenir o erro de medicação tem de assentar numa profunda compreensão e valorização do erro pelos enfermeiros e o que estes consideram que deve ser feito nestas situações.

Deste modo, o tema da presente investigação está relacionado com o erro de medicação em pediatria em contexto da prática dos cuidados de enfermagem. Sendo assim, pretendo analisar a opinião que os enfermeiros têm da sua prática no que se refere aos determinantes do erro de medicação, às estratégias de intervenção utilizadas e às práticas de notificação. Para a sua concretização, foi realizada uma investigação de paradigma qualitativo com recurso ao estudo de caso como metodologia. A colheita de dados foi obtida

através do relato de incidentes críticos e o tratamento dos dados obtidos foi sujeita a uma análise de conteúdo segundo Jorge Vala, tendo presente os objetivos delineados para a investigação.

O trabalho está estruturado em capítulos, apresentamos inicialmente o enquadramento teórico onde são abordados temas como a segurança do doente, a qualidade dos cuidados, definições e conceitos do erro de medicação. Seguidamente apresenta-se a metodologia utilizada nas diferentes partes do processo de investigação. E por fim, serão apresentados e discutidos os resultados, salientando as principais conclusões e considerações sobre o estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para uma melhor compreensão deste tema, seguidamente são apresentados alguns conceitos teóricos que emergiram das diversas leituras e pesquisas efetuadas e que se relacionam com o erro terapêutico ou de medicação. Apresentamos um desenvolvimento sumário relativo à segurança e qualidade dos cuidados; definição, classificação e etiologia dos erros de medicação; abordagem do erro de medicação em pediatria.

1.1. Conceção de Segurança e Qualidade dos Cuidados

A segurança do doente é considerada uma componente fulcral no setor dos cuidados de saúde, que aplica métodos científicos com o objetivo de estabelecer um sistema confiável na prática de cuidados de qualidade. Por este motivo, quando os doentes recorrem aos serviços e cuidados de saúde a sua perspetiva é que sejam empreendidos todos os esforços na garantia da segurança e qualidade dos mesmos. FRAGATA & MARTINS (2008, p.18) fazem referência a este facto dizendo que “cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a Expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstrato mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas”.

A **Carta de Tallinn** intitulada “Os Sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade” aprovada em 27 de Junho de 2008 pelos Estados-membros da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua tradução oficial refere:

“Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada”. (OMS, 2008, p.57)

O mesmo documento destaca ainda que os decisores políticos valorizam e esforçam-se para tornar possível a provisão de serviços de qualidade a todos. Consideram um serviço de saúde de qualidade, aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades dos que

mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de modo seguro e sem desperdício” (OMS, 2008, p.4)

A segurança dos doentes é pois um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade de todos os intervenientes (sociedade, governo, ordens profissionais, profissionais de saúde, indivíduos,...) que devem assegurar cuidados de saúde seguros e a ausência de ameaças para os doentes (ANA, 2002).

A crescente preocupação face ao problema da segurança do doente, sendo a incidência do erro de medicação reconhecida como um elemento causador desse desequilíbrio, torna-se evidente com a criação pela OMS da World Alliance for Patient Safety em 2004, assim como de outras agências especializadas neste assunto, a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) em que o principal objetivo é maximizar a utilização segura do medicamento e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados em saúde a prestar.

Mas a preocupação com a qualidade de cuidados não é recente pois se retrocedermos na história já em **1850 Florence Nightingale** manifestou preocupações com a garantia da qualidade, procurando através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias. A American Nurses Association (ANA) em 2002 afirma também que uma característica essencial da enfermagem é a prestação de cuidados que promovam a relação saúde e tratamento. Mas face aos avanços tecnológicos e científicos no setor da saúde, esta inquietação tem vindo a assumir uma importância crescente como poderemos constatar pelos contributos que diferentes organismos e organizações especializadas têm oferecido para a melhoria da segurança do doente e qualidade dos cuidados.

A nível nacional e internacional esta preocupação vem assumindo importância como se pode constatar pelas diretrizes que foram sendo emanadas por diferentes organizações de matriz reguladora da profissão e das práticas de cuidados de enfermagem algumas das quais, pela sua importância são aqui referidas sucintamente.

Em **2001 a Ordem dos Enfermeiros (OE)** elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde é feita referência a que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

No ano **2002 a International Council of Nurses (ICN)** emitiu um parecer sobre a segurança do doente referindo que o desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco, assim como a mobilização do conhecimento científico nesta matéria.

Já em **2003 a Organização Mundial de Saúde e o European Fórum of National Nursing and Midwifery Associations** emanaram uma tomada de posição conjunta reforçando o papel fundamental do enfermeiro na segurança das pessoas e definindo áreas de intervenção. Destacou ainda como fatores contribuintes para a diminuição da segurança dos doentes, a falta de cultura de responsabilização e a ausência de relato de erros cometidos e de problemas encontrados.

No ano **2005 surge a Declaração de Luxemburgo** intitulada de “**segurança do doente- Torná-la uma realidade**” que visou promover a segurança de todos os doentes nos cuidados que lhe são prestados. Cada vez mais os doentes têm conhecimento dos seus direitos, exigindo por isso que os profissionais os cumpram. A acessibilidade a cuidados de saúde prestados com toda a segurança é um direito do ser humano. Deste modo, cada vez mais a segurança tem que ser tida em conta, uma vez que o setor da saúde é considerado como uma área de risco.

Em **2006 a Ordem dos Enfermeiros** partilhando esta crescente preocupação com a segurança dos cuidados elaborou um documento - **Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes** onde se pode ler, que os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro, o que depende que

têm a responsabilidade ética de promover a segurança do doente reduzindo os riscos e prevenindo eventos adversos. A qualidade exige conhecimento, escolha e utilização de métodos específicos adaptados às circunstâncias.

Em **2008 a OMS** apresenta um conjunto de orientações sobre o desenvolvimento de estratégias de qualidade e segurança, definindo quatro grandes categorias de métodos a adotar pelos sistemas: 1) reforçar o papel dos doentes/consumidores e cidadãos, sugerindo que a abordagem do consumidor pode ser reforçada através da proteção de doentes ou da regulamentação dos seus direitos, ou através de programas que envolvam os doentes e comunidade na melhoria da segurança e qualidade de diferentes formas; 2) regulamentação e avaliação dos profissionais de saúde e serviços, propondo que entidades governamentais e não-governamentais dedicadas, possam instituir a acreditação e concessão de licenças aos profissionais de saúde; 3) aplicação de normas ou orientações locais, exigindo às organizações supervisionar e incentivar a conformidade através de sistemas de gestão da qualidade; 4) constituição de equipas de qualidade de resolução de problemas, que trabalhem sobre problemas específicos utilizando métodos ou “ferramentas de qualidade para os quais tenham sido treinados (OMS, 2008, p.5).

A segurança não se pode centrar numa pessoa, equipamento ou serviço, ela emerge da interação de todos os componentes de um sistema. Melhorar a segurança depende da compreensão e análise dessa interação onde o enfermeiro assume também um papel. A segurança do doente é uma premissa fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem, no intuito de garantir uma melhoria progressiva dos cuidados prestados e consequentemente promover a segurança do doente. O papel do enfermeiro é de extrema importância uma vez que a segurança do doente se enquadra em todos os aspetos da prestação de cuidados, isto incluiu a medicação, logo a redução do risco associado ao erro de medicação.

Para melhor compreensão do erro de medicação é necessário clarificar alguns conceitos que seguidamente se apresentam.

1.2. Conceção do Erro e seus Elementos

Neste subcapítulo apresentamos alguns conceitos assim com os elementos ligados ao erro de medicação (EM), nomeadamente, as categorias de gravidade dos EM, a tipologia dos EM, a etiologia dos EM, as diferentes abordagens do erro, a epidemiologia dos EM e ainda o EM em pediatria.

Muitas vezes os conceitos: erro, erro terapêutico ou de medicação, evento adverso de medicação, reação adversa de medicação são confundidos na sua semântica e usados com o mesmo significado e sentido, tornando-se assim necessário trazer as suas definições para melhor compreensão.

REASON (1990, p.9) propôs a definição de **erro**, segundo a qual este deve ser compreendido como “as ocasiões na quais uma sequência planeada de ações físicas ou mentais, falham na sua intenção de atingir o objetivo proposto”, não podendo ser atribuída ao acaso. Segundo uma perspetiva puramente comportamental, de acordo com FRAGATA (2011) e partilhando da opinião do autor supra citado, o erro será sempre um desvio involuntário de um plano preestabelecido que em termos sociais assume uma conotação de falha.

A National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 1998) apresenta o **Erro de Medicação** (EM) como:

“qualquer acontecimento/incidente evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado da medicação ou causar danos no doente enquanto a medicação está sob controlo de um profissional de saúde, do doente ou consumidor. Estes acontecimentos/incidentes podem estar relacionados com as práticas profissionais, com os produtos, com os procedimentos ou com os sistemas, incluindo as prescrições, prescrições transmitidas oralmente, os rótulos, a embalagem, nomenclatura, preparação, dispensa, distribuição, administração, educação, monitorização/seguimento e utilização dos medicamentos”.

Convém acrescentar que esta instituição define dano como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo, física, emocional ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção. Esta definição é bastante completa uma vez que inclui no conceito de erro todos os

tipos de erro que vão desde a prescrição até à administração, contrariamente a outras que são mais latas e por isso mais subjetivas.

FRAGATA (2011) em concordância com a definição anterior e de forma abreviada apresenta o erro de medicação como qualquer erro que seja produzido durante o processo de utilização do medicamento.

Podendo o erro de medicação ocorrer em qualquer etapa do processo do medicamento, LEAPE et al (2000) fazem referência ao **processo do medicamento** como sendo complexo, envolvendo várias etapas que estão inter-relacionadas e interligadas por várias ações, desenvolvendo-se diferentes passos durante os processos de prescrição, dispensa e administração de medicamentos, envolvendo sempre vários profissionais e múltiplas transferências de pedidos ou materiais, que podem conduzir a erros de medicação. Deste modo, o erro de medicação pode acontecer em qualquer etapa do processo do medicamento (armazenamento, prescrição, transcrição, administração e monitorização) e pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos no processo, sendo assim projetado para uma dimensão multifatorial.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2006), no seu documento sobre a gestão do medicamento faz referência a que uma gestão dos medicamentos segura, conduz a um processo de administração de medicação onde se inclui: a seleção e obtenção do medicamento; o seu armazenamento e ordenação, transcrição, preparação e distribuição do medicamento, administração e monitorização. No entanto o tipo de processo pode variar de hospital para hospital, consoante as suas especificidades. Para as diferentes fases são apresentadas recomendações tendo como objetivo a gestão segura do medicamento.

Os erros de medicação podem ou não causar **eventos adversos** que segundo FRAGATA (2011, p.24) são “ocorrências indesejáveis que causaram dano, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão, mas sendo sempre o resultado do tratamento e não da doença”, ou serem recuperados antes de causarem dano (***near miss***) definido pelo mesmo autor como uma “situação

que só não produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar um trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la, sem consequências”. Noutros casos podem ocorrer efeitos adversos da medicação sem que tenha ocorrido qualquer erro. Falamos então de: **Evento Adverso de Medicação** (EAM) que é definido por OTERO et al (2003) como qualquer dano grave ou leve causado pelo uso terapêutico (incluindo a falta) de um medicamento. Os EAM podem dividir-se em:

- 1) EAM evitáveis- são aqueles causados por EM. Supondo efeito nocivo e erro
- 2) EAM inevitáveis- são aqueles que se produzem apesar do uso apropriado do medicamento (efeito nocivo sem erro) e que corresponde às chamadas reações adversas dos medicamentos

E **Reações Adversas de Medicação** (RAM) que segundo a OMS (2005) é todo o efeito nocivo e não intencional e que ocorre após administração de um medicamento nas doses normalmente usadas para o homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de uma doença ou para modificação de funções fisiológicas.

Para caraterizar o EM é fundamental classificar a gravidade das possíveis consequências para o doente e as suas caraterísticas, assim como as causas e fatores que contribuíram para a sua manifestação, que seguidamente se apresentam.

1.2.1. Classificação dos Erros de Medicação

A National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention com o objetivo de uniformizar a linguagem e a classificação dos Erros de Medicação de modo a estruturar o registo e análise dos mesmos publicou em 1998 a “taxonomia dos Erros de Medicação”. Esta divide em treze tipos os EM com vários subtipos, estando estes relacionados com a prescrição, preparação, dispensa e administração, que mais à frente se apresenta sobre a forma de quadro.

No que diz respeito à classificação e à gravidade, os EM são agrupados em quatro níveis: o erro potencial ou sem erro (categoria A), erro inócuo para o doente (categoria B,C,D), erro nocivo para o doente (categoria E,F,G,H) e erro causador de morte (categoria I) conforme apresenta a classificação adotada do NCC MERP (2001).

Quadro nº 1 Categorias de gravidade dos erros de medicação

ERRO	CATEGORIA	RESULTADO
SEM ERRO	A	Circunstâncias ou acontecimentos suscetíveis de originarem erro.
ERRO: INÓCUO	B	Ocorreu um erro mas este não chegou ao doente
	C	Ocorreu um erro que chegou ao doente mas foi inofensivo para este
	D	Ocorreu um erro com necessidade de aumentar a monitorização do doente mas foi inofensivo
ERRO: NOCIVO	E	Ocorreu um erro com necessidade de tratamento ou intervenção que causou danos temporários ao doente
	F	Ocorreu um erro com necessidade de hospitalização inicial ou prolongada e que causou danos temporários ao doente
	G	Ocorreu um erro que resultou em dano permanente no doente
	H	Ocorreu um erro que resultou num evento que quase causou a morte, necessita de uma intervenção rápida para manutenção da vida (anafilaxia, paragem cardíaca)
ERRO: MORTE	I	Ocorreu um erro que resultou na morte do doente

Tradução: NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (2001) – Index for categorizing medication errors

1.2.2. Tipologia do Erro de Medicação

Os erros de medicação podem ser de vários tipos, segundo a NCC MERP (1998) estes podem ser classificados da seguinte forma:

Quadro nº 2 Tipologia dos erros de medicação

TIPOS DE ERRO DE MEDICAÇÃO	DESCRIÇÃO
ERRO DE PRESCRIÇÃO	Seleção incorreta do medicamento prescrito (baseada na indicação, contra-indicação, alergias conhecidas, existência e disponibilidade de outro medicamento mais eficaz); prescrição incorreta da dose, da via de administração, frequência ou instruções de uso; prescrição ilegível; prescrição incompleta ou prescrições que induzam a erro que possa lesar o doente
ERRO DE DISPENSA	Distribuição incorreta do medicamento prescrito para o doente
ERRO POR OMISSÃO	Fala na administração de uma dose prescrita. Exclui a recusa do doente ou decisão clínica ou outra razão válida para não administrar

ERRO DE HORÁRIO	Administração do medicamento fora do período estabelecido na prescrição. Define-se como erro: o atraso ou adiantamento de mais de 30 minutos para medicamentos de ação imediata (drogas vasoativas, analgésicos); o atraso ou adiantamento de mais de uma hora para medicamentos de ação prolongada (antibióticos, antiácidos)
ERRO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO AUTORIZADO	Administração de medicamento não prescrito; administração de medicamento ao doente errado; administração de medicamento errado; administração de medicamento não autorizado pelo médico; utilização de prescrição desatualizada
ERRO DE DOSE	Qualquer dose, concentração ou quantidade que difira do que está prescrito
ERRO APRESENTAÇÃO (Forma farmacêutica errada)	Qualquer forma farmacêutica dispensada/administrada que diferente do que está prescrito
ERRO DE PREPARAÇÃO	Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis); armazenamento inadequado do medicamento; falha na técnica de assepsia; identificação incorreta do fármaco; escolha inapropriado material de infusão
ERRO DE ADMINISTRAÇÃO	Falha na técnica de assepsia; falha na técnica de administração do medicamento; administração do medicamento por via diferente da prescrita; administração do medicamento em local errado; administração do medicamento com ritmo de infusão incorreta; associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis; falha nos equipamentos ou problemas com os acessórios para infusão; ou administração de medicamento prescrito incorretamente
ERRO COM MEDICAMENTO DETERIORADO	Administração de um medicamento com validade expirada ou cuja integridade físico-química tenha sido alterada. Inclui medicamentos mal armazenados
ERRO DE MONITORIZAÇÃO	Não rever o tratamento prescrito para verificar a sua idoneidade e detetar possíveis problemas, não utilizar os dados clínicos e analíticos para avaliar a resposta do doente à terapêutica prescrita
ERRO POR INCUMPRIMENTO DO DOENTE OU FAMÍLIA	Comportamento inadequado do doente e ou cuidador quanto a sua participação na proposta terapêutica
OUTROS	Outros erros de medicação não descritos nas categorias anteriores

Adaptação: NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (1998) – *Taxonomy of medication errors*

1.2.3. Etiologia dos Erros de Medicação

Os determinantes ou causas dos EM podem estar relacionadas com o sistema, a organização, os procedimentos de trabalho, os meios técnicos, as condições de trabalho e com os profissionais de saúde diretamente implicados no circuito de utilização dos medicamentos. Estes são multifatoriais e complexos, mas é de extrema importância identifica-los para se poder intervir de forma preventiva e corretiva (FRAGATA, 2011).

Segundo a NCC MERP (1998) considera-se que existem cinco grandes causas possíveis de provocarem o erro: a comunicação, confusão com o nome do medicamento, rotulagem, fatores humanos e desenho da embalagem, que seguidamente se apresentam.

Quadro nº 3 Determinantes do erro de medicação

COMUNICAÇÃO	Falta de comunicação verbal ou escrita, letra ilegível, uso de abreviaturas, palavras mal lidas ou não lidas, confusão com zero e casa decimais, uso de medidas não métricas
CONFUSÃO COM NOME DO MEDICAMENTO	Confusão com o nome comercial, confusão com o prefixo ou sufixo, termo semelhante a outro nome comercial ou outro nome genérico (som ao palavra escrita)
ROTULAGEM ERRADA OU CONFUSA	Erros de grafia, tamanho de letra que dificultam a leitura ou identificação podendo levar ao uso incorreto; rótulos de produtos diferentes muito semelhantes a outros produtos de outro fabricante ou produtos da mesma linha; podem conter informação imprecisa, incompleta ou confusa
FATORES HUMANOS	Défice de conhecimento, défice de execução, erro de cálculo da dosagem ou velocidade de infusão, erro informático (seleção incorreta desde a lista fornecida pelo sistema, programação incorreta da base de dados, inadequada proteção para alergias ou interações medicamentosas), erro no armazenamento, erro na preparação, erro de transcrição, stresse, fadiga, necessidade de dormir, comportamento intimidatório ou conflituoso
DESENHO DA EMBALAGEM	Inapropriada, confusão relacionada com semelhança em cor, forma e/ou tamanho de outro medicamento ou do mesmo mas com dosagem diferente
EQUIPAMENTO	Avaria, seleção errada do equipamento, uso de sistemas inadequados, equipamentos de medida oral

Adaptação: NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (1998) – *Taxonomy of medication errors*

Para além destas causas são ainda referidos fatores que podem contribuir para a ocorrência de erro. De acordo com NCC MERP (1998), os fatores que contribuem para a ocorrência dos erros de medicação são os seguintes:

- Luminosidade inadequada
- Nível de ruído elevado
- Interrupções frequentes e distrações
- Inexperiência profissional
- Profissionais que constituem a equipa
- Falta de disponibilidade dos restantes profissionais de saúde
- Contratação de profissionais sem qualificações
- Grande rotatividade dos profissionais
- Políticas e procedimentos protocolados pela instituição

- Eficácia dos sistemas de comunicação entre profissionais de saúde
- Aconselhamento proporcionado aos doentes
- Eficácia nos impressos para pedidos de medicação

Descrita a etiologia do erro, entendemos que a sua compreensão pode determinar a forma como ele é abordado.

1.3. Perspetivas na Abordagem do Erro

Recordando a definição de erro, o qual deve ser compreendido como a ocasião em que uma sequência planeada de atividades não consegue atingir o resultado pretendido e, não podendo estas falhas ser atribuídas ao acaso, o erro pode ser abordado segundo duas perspetivas diferentes: abordagem individual e abordagem do sistema que mais adiante serão explanadas.

Ainda hoje, na análise apresentada por FRAGATA & MARTINS (2008) os danos resultantes da ocorrência de erros são avaliados à luz da culpabilização de um indivíduo como se este se encontrasse isolado do ambiente em que o erro ocorreu. No que concerne ao erro de medicação e de acordo com FRAGATA (2011,p.115) a solução para os erros de medicação “deverá compreender um tratamento sistémico e multidisciplinar, com o redesenho de um sistema seguro e uma cultura de reporte sem culpa”.

Mas a **abordagem individual** continua a ser dominante, as pessoas são consideradas agentes com liberdade para escolher entre comportamentos seguros e inseguros. Se algo corre mal, parece óbvio que algum indivíduo ou grupo seja responsabilizado. De acordo com REASON (2005) esta abordagem foca-se nos atos do indivíduo que se encontra no “final da linha”, ou seja o prestador direto de cuidados no qual é colocada a responsabilidade pelos esquecimentos, falhas de atenção, motivação, negligência, entre outros. No processo do medicamento, que culmina com a administração, o enfermeiro encontra-se na ponta final do sistema, o que como refere CASSIANI et al. (2006,p.355) faz “com que muitos erros cometidos, não detetados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos”. A adoção da perspetiva centrada no indivíduo como referenciado anteriormente, vem comprometer as reais e efetivas melhorias no que concerne à segurança do doente. O importante não é

saber quem errou mas porque falharam os mecanismos de defesa muitas vezes associados e relacionados com o ambiente em que ocorre o erro.

Na **abordagem sistémica ou do sistema** conforme apresenta FRAGATA & MARTINS (2008) fazendo referência a REASON (1990), presume-se que os erros e acidentes são resultado de uma longa cadeia de causas, uma sequência de falhas latentes e ativas que se alinham provocando dano no doente. Não sendo possível mudar a condição humana, REASON (2005) faz menção à possibilidade de mudar as condições nas quais os indivíduos trabalham. Este facto corrobora o apresentado por FRAGATA & MARTINS (2008) onde se torna claro que para a génese de um erro contribuem não só as atitudes e práticas de ordem individual, mas sobretudo condições latentes, defeitos na organização em que o indivíduo atua, que propiciam a ocorrência desse erro. A compreensão da etiologia do erro pode facilitar a implementação de sistemas de relatos abertos e não punitivos nas instituições de saúde.

Uma outra abordagem consiste na **análise dos incidentes críticos**. Através desta são analisados os incidentes para que se consiga compreender onde é que o sistema falhou, o porquê da ocorrência do erro e quais as circunstâncias envolventes. Este modo de análise permite a compreensão das condições que despoletaram a ocorrência do erro assim como dos fatores que contribuíram para tal (OE, 2005). A ocorrência de um erro de medicação deve servir para consciencializar os profissionais acerca do mesmo, fomentar a aprendizagem e produzir mudanças na equipa e na organização de forma a reduzir ou evitar a sua ocorrência. Inerente à abordagem do erro está o sistema de notificação que se torna imperioso fomentar pois permitirá fazer o levantamento dos erros de medicação, perceber as causas e assim melhorar o sistema atuando pró ativamente ou preventivamente.

1.3.1. Sistema de Notificação de Erros

Um sistema de notificação de acordo com FRAGATA (2011, p.263), “reveste-se de especial importância no seio das instituições de saúde pois permite a deteção do evento e a sua caracterização de forma rápida e segura”. O mesmo autor faz ainda referência a que atualmente as instituições de saúde

estão a adotar o reporte voluntário através de formulários em suporte de papel e eletrónico.

A Joint Commission International (JCI) (2011) nas suas considerações referentes ao risco clínico apresenta como sendo relevante a utilização por parte das instituições hospitalares de um processo pré definido para identificação e gestão dos **eventos sentinela**, sendo este definido por FRAGATA (2011, p.252) como “uma ocorrência inesperada que tem como consequência a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada com o desenvolvimento natural da doença do doente ou condição subjacente”. Cada instituição deve definir as situações que considera evento sentinela, contudo de acordo com o autor supra citado referindo a JCI (2011) deve incluir: 1) morte inesperada do doente, não relacionada com o curso natural da sua doença ou condição subjacente; 2) perda significativa permanente da função sem relação com o curso natural da doença ou condição subjacente ao doente; 3) realização de cirurgia errada ou na parte do corpo errada ou no doente errado; 4) rapto de criança ou entrega a pais errados. A ocorrência de um evento sentinela obriga a instituição a efetuar uma análise intensiva às causas que deram origem ao evento, dando origem a um plano de ação a implementar para redução do risco de eventos semelhantes ou futuros. Para além destes eventos a JCI defende a análise de **eventos adversos** que, pela sua essência crítica em termos de consequências para o doente, determinam a necessidade da sua análise sempre que estes ocorram, neles estão incluídos: 1) as reações confirmadas às transfusões sanguíneas; 2) reações a fármacos; 3) erros de medicação significativos; 4) discrepâncias detetadas entre diagnóstico pré operatório e pós-operatório; 5) intercorrências anestésicas; 5) outros eventos a serem definidos pela instituição, como surtos de doenças infecciosas.

Por outro lado, a notificação dos **near miss** reveste-se de especial importância pelo facto de a sua identificação e análise ser uma forma proactiva de avaliar a vulnerabilidade dos sistemas à ocorrência de eventos adversos e, consequentemente, a oportunidade para atuar nos processos apropriados para reduzir ou eliminar os fatores determinantes para o “quase erro” (FRAGATA, 2011).

Poderemos assim dizer que um sistema de notificação de erros nas instituições de saúde reveste-se de grande importância pelos benefícios criados. Este permite que se aprenda com o erro ocorrido, facilita a monitorização e deteção de potenciais erros, que sejam feitas investigações para uma melhor compreensão dos eventos ocorridos e que haja informação de retorno baseada nos dados apurados (AHLUWAL & MARRIOT, 2005).

1.4. Epidemiologia dos Erros de Medicação

Vários estudos têm revelado que a mortalidade e morbilidade produzida pelos medicamentos são elevadas, sendo preocupante no sentido de estarem associadas em parte a erros que ocorreram durante a sua utilização e que poderiam ter sido evitados, além de envolverem questões legais e comprometerem a qualidade dos cuidados prestados ao doente (COIMBRA, 2001; SIMÓN, 2002; PEDREIRA, 2006).

Em Novembro de 1999 o Institute of Medicine (IOM) publicou o relatório, *“To Err Is Human: building a safer health system”*, baseado em estudos realizados no Colorado, Utah e Nova Iorque, que ilustra com muita clareza a realidade que envolve o erro. De acordo com o relatório estima-se que pelo menos 44 000 americanos morrem por ano na sequência de erros médicos (entenda-se aqui erros médicos, como erros cometidos por todos os profissionais de saúde), o que traduz uma mortalidade superior à causada pelos acidentes de viação, cancro da mama e SIDA. O relatório faz referência aos erros assistenciais em geral, mas tratou em separado os erros de medicação por considerar que são os de maior magnitude e que representam por si só um importante problema em termos assistenciais e económicos.

Com os resultados dos estudos de CHEDOE et al. (2007) e STEBBIN et al. (2007) verificou-se que os incidentes relacionados a medicamentos são comuns, dispendiosos e frequentes, particularmente, em doentes pediátricos, resultando em aumento de morbilidade e de mortalidade.

Em Portugal a magnitude real do problema dos erros de medicação não é conhecida, no entanto, se se considerar como hipótese que os nossos hospitais têm a mesma fiabilidade das suas congéneres americanas seria

possível estimar entre 1300 a 2900 mortes anuais em consequência de erros médicos (FRAGATA & MARTINS, 2008).

1.5. Erro de Medicação em Pediatria

O erro de medicação em pediatria é frequente e reveste-se de particularidades. Neste ponto fazemos referência a alguns estudos realizados nesta população.

Como referido anteriormente, o erro de medicação pode ocorrer em qualquer fase do processo do medicamento, pelo que pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos. A pediatria não foge a esta regra, embora os especialistas sejam da opinião que o erro de medicação seja mais comum em pediatria do que em adultos. WALSH et al. (2005, p.698) referem que “os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser três vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos”.

Os setores com maiores possibilidades de ocorrência de erros de medicação são os de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, que pelas suas características envolvem um grande número de intervenções assim como a imprevisibilidade de ocorrerem situações de emergência/urgência (CARVALHO, 2006).

GHALEB & WONG (2006), numa revisão sistemática da literatura na qual analisaram 32 estudos relacionados com os erros de medicação em pediatria, notificam o facto de a interpretação ter sido dificultada pela variação das definições utilizadas pelos diferentes autores. No entanto, confirmaram que os erros de medicação em crianças hospitalizadas são motivo de preocupação sendo urgente trabalhar na sua incidência e causas para definir estratégias de intervenção para redução dos mesmos. Para as mesmas autoras a necessidade de proceder a cálculos de posologias baseados no peso, idade e no problema de saúde da criança aumenta o risco de erro. Muitas vezes o incorreto registo de pesos e a dificuldade que alguns profissionais revelam na realização de cálculos aritméticos podem igualmente contribuir para que o erro ocorra. Outro fator que pode precipitar um erro de terapêutica em pediatria prende-se com o facto de muitos fármacos apresentarem posologias

destinadas a adultos o que implica que tenham de ser manipulados pelos enfermeiros ou farmacêuticos.

O erro pode tornar-se mais oneroso nas crianças muito novas e muito pequenas pela imaturidade fisiológica, uma vez que as suas funções renais, hepáticas e imunitárias ainda estão em desenvolvimento e também pelo facto de não terem capacidade de comunicar possíveis efeitos adversos que a medicação possa desencadear.

SNIJERS et al. (2007), numa revisão sistemática da literatura onde avaliaram os registos de incidentes numa unidade de cuidados intensivos neonatais, detetaram que os erros relacionados com a medicação foram os mais frequentes.

LERNER et al. (2008), realizaram um estudo retrospectivo numa unidade de cuidados intensivos neonatais em que foi feita a revisão dos processos clínicos durante os primeiros sete dias de hospitalização dos recém-nascidos de alto risco internados por um período de três meses, dos 73 processos analisados, o erro mais frequente esteve associado ao uso de medicamentos (84,2%).

A JCAHO (2008) salienta igualmente que as crianças estão mais predispostas a erros de medicação devido a diversos fatores, nomeadamente: 1) a maioria dos fármacos usados na pediatria está destinada a adultos, pelo que a sua preparação para doentes pediátricos exige diferentes concentrações e volumes. Isto exige tarefas e cálculos, aumentando a possibilidade de erro 2) as situações de emergência podem acarretar um risco acrescido de erro na pediatria 3) as crianças muito novas e muito pequenas estão menos aptas, em termos fisiológicos, a responder a uma situação de erro uma vez que as suas funções renais, hepáticas e imunitárias ainda estão em desenvolvimento 4) crianças muito novas, não têm capacidade de comunicar possíveis reações adversas que a medicação possa desencadear.

Constatamos que o erro de medicação é frequente em pediatria pelo que a prevenção do mesmo implica necessariamente o envolvimento de todos no processo. Acredito como acreditam WALSH et al. (2005) que o primeiro passo

a desenvolver para prevenir erros de medicação, é reconhecer que eles ocorrem demasiadas vezes em contexto pediátrico.

2. O ENFERMEIRO E A ADMINISTRAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS

Perante a atual sociedade, onde o foco central da enfermagem é a prestação de cuidados e em que todo o saber adquirido na formação de base e ao longo da vida é contínuo, o profissional deve adotar um papel proactivo de atualização de práticas e saberes para dar resposta aos impetuosos progressos tecnológicos, científicos e humanos. Neste percurso profissional de constante atualização destaca-se o desenvolvimento de competências profissionais, onde o enfermeiro é o principal responsável por este crescimento.

A experiência tem sido um dos elementos enfatizados por BENNER (2001), como essencial para o desenvolvimento de competências. É através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Segundo esta autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. A autora, afirma que nunca se começa como perito e que o indivíduo passa por cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Com contributos valiosos no que respeita ao conhecimento, principalmente ao diferenciar o conhecimento teórico – "saber o quê", do conhecimento prático – "saber como". A experiência na enfermagem, fornecerá a "proficiência" que para a autora é a autoridade intelectual e científica que pode ser entendida como a associação entre conhecimento teórico e da prática. Poderemos assim afirmar que, o enfermeiro torna-se competente quando toma consciência das suas ações e quando alcança uma análise das situações vivenciadas, estruturando e priorizando as suas intervenções de modo adequado.

Remetendo-nos par o objeto de estudo deste trabalho, podemos referir que se torna importante, o desenvolvimento de competências em dois grandes domínios: administrar e vigiar os protocolos terapêuticos; vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados. Garantindo, deste modo a segurança do doente e a qualidade dos cuidados, pela gestão do risco associado ao medicamento.

Com os avanços tecnológicos a preparação e administração de medicamentos foi sendo alterada tornando o seu uso mais seguro. Contudo,

por outro lado a diversidade de medicamentos tem vindo a aumentar o que implica por parte do enfermeiro maior vigilância e conhecimento dos efeitos adversos da medicação e suas incompatibilidades. Poderemos assim dizer que também a responsabilidade do enfermeiro no que respeita à segurança e vigilância das respostas ao medicamento cresceu, contemplando outra componente da administração de medicação, a monitorização. Como referencia BENNER (2001, p.148) “é necessário mostrar mais consideração por esta competência, tomando a sério os nossos conhecimentos no domínio da administração dos protocolos terapêuticos e da sua vigilância”.

O processo que permite administrar terapêutica ao doente envolve a participação de vários profissionais, entre eles, farmacêuticos (que a produzem e providenciam), médicos (que prescrevem), assistentes operacionais (que a transportam) e enfermeiros (que a preparam e administram). Os profissionais envolvidos em cada uma destas etapas interagem e inter-relacionam-se, logo qualquer um pode afetar o outro. CASSIANI et al. (2006, p.355) fazem referência a que as ações de cada um podem “interferir no comportamento do conjunto como um todo (...) qualquer ação de uma parte pode afetar as ações dos outros profissionais e o cuidado ao paciente”. Já o processo de preparação e administração de medicamentos culmina então com a administração propriamente dita, pelo enfermeiro ao doente. Os mesmos autores relatam que o facto da equipa de enfermagem atuar na ponta final do processo do medicamento faz com que muitos erros cometidos, não detetados no início ou no meio do processo “lhe sejam atribuídos”.

Entende-se assim, que este processo reúne um vasto conjunto de atividades, planeadas e executadas por várias equipas de profissionais. O erro pode acontecer em cada fase do processo, embora a concretização do mesmo seja levada a cabo pelo enfermeiro, o que constitui uma característica do trabalho que por si, imputa responsabilidade a este profissional. De acordo com FRAGATA & MARTINS (2008), corre-se o risco, portanto, que a responsabilidade incida sempre ou quase sempre nas pessoas que atuam no final da cadeia terapêutica, que contactam diretamente com os doentes e que os erros sejam atribuídos apenas aos enfermeiros e não também, a falhas de outros e do sistema. Perante esta constatação o papel do enfermeiro no

processo terapêutico reveste-se de uma elevada importância na segurança do doente, conforme descrito no boletim Divulgar publicado pela OE (2004,p.22), no que concerne à administração direta de medicação o enfermeiro “Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas”.

A preparação e administração de medicação constituem uma intervenção interdependente, sendo uma atividade de execução que decorre de um ato prescritivo e que além de saberes práticos e competências instrumentais e gestuais, exige dos enfermeiros a mobilização de competências a vários níveis, relacionais, deteção de efeitos adversos que podem ou não determinar a suspensão da execução terapêutica recorrendo para tal a saberes analíticos que foram adquiridos no âmbito da formação formal e se incluem na esfera da experiência profissional.

É por isso, uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem e, para que a sua execução seja pautada pela segurança, é necessária a aplicação de vários princípios e normas que permitam ao enfermeiro a deteção de erros cometidos a montante e impeçam os erros próprios. Para isto o enfermeiro deve conhecer todos os princípios inerentes à preparação e administração de medicação, a fim de prevenir erros. Do mesmo modo deve conhecer bem o indivíduo a quem vai administrar determinado medicamento, a sua patologia e patologias associadas e os efeitos adversos que a medicação pode desenvolver. ELLIOTT & LUI (2010) recomendam a utilização dos nove (9) certos na administração de terapêutica, que passam pela verificação de que o medicamento prescrito é para o 1) doente certo, é o 2) medicamento certo, 3) dose certa, 4) hora certa, 5) via certa, acrescentando o 6) registo certo (documentação que deve ser assinada ou validada após administração da medicação), 7) ação correta (garantir que a terapêutica a administrar se reporta à necessidade do doente), 8) forma correta e 9) resposta certa (avaliação da eficácia da finalidade da medicação que é crucial em alguns medicamentos de alto risco). Na perspetiva de BENNER (2001), os enfermeiros desenvolvem competências e boas práticas que se relacionam com os objetivos da sua práxis e no que concerne à medicação a aplicação das seis (6) regras de medicação: o medicamento certo, o doente certo, a dosagem certa, a via de administração certa e para a finalidade certa. Apesar de na

literatura encontrarmos estas diferenças, elas apenas se complementam. Contudo, com os avanços tecnológicos e a aplicação de sistemas informatizados estas regras deverão ser adaptadas às características do sistema operativo utilizado.

Num estudo realizado em hospitais de Lisboa cujo objetivo era identificar causas de erros de medicação apresentam a valorização da utilização dos “cinco certos” como meio para reduzir os erros na administração de medicação, uma vez que, 84,6% dos enfermeiros participantes consideraram verdadeiro que ao negligenciar estes passos se favorece a ocorrência de erros, (DIZ & GOMES, 2008).

BENNER (2001, p.147) refere que “a responsabilidade da enfermeira em matéria de segurança e de vigilância das respostas terapêuticas aos medicamentos cresceu” com a chegada de medicamentos novos e mais potentes. A responsabilidade do enfermeiro nesta matéria segundo esta autora, centra-se em: “administrar medicamentos de forma apropriada e sem perigo: vigiar os efeitos secundários, as reações, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades”.

Também, de acordo com o REPE (1996), artigo 9º, ponto 4 alínea e) os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”.

É importante que os enfermeiros possuam uma visão ampliada do sistema de administração de medicação e de cada um dos processos que o agregam, procurando a otimização da segurança e qualidade assistencial, através do estudo dos fluxos das suas atividades, ambiente e recursos, e desenvolvimento da formação sobre a medicação a sua preparação e administração nas mais diversas situações.

No Decreto-lei nº 104/98, capítulo VI “Da Deontologia profissional”, seção I – “Direitos, deveres em geral e incompatibilidades”, no artigo 76º alínea a), os enfermeiros estão obrigados a exercer a sua profissão “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade

humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (DL, 104/1998, p.1753).

Deste modo, o enfermeiro deverá manter uma visão crítica e reflexiva sobre o processo do medicamento movido pelo desejo de melhorar a prática resultando consequentemente na minimização da ocorrência do erro de medicação e aumento da segurança do doente. Trabalhamos com o ser humano pelo que mobilizamos um valor essencial, o valor da vida humana. E como refere NIGTHINGALE (2005,p.169) “toda a enfermeira deve ser uma pessoa com quem se pode contar (...) por que o dom precioso da vida (...) muitas vezes está colocado nas suas próprias mãos”.

3. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A escolha e formulação do problema de investigação segundo FORTIN (1999, p.48) devem sustentar-se numa revisão de literatura que integra o problema no contexto de conhecimento presente, que anteriormente se apresentou. Acrescenta ainda que, uma investigação tem como ponto de partida uma situação considerada problemática, ou seja, que causa “uma inquietação, e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

A tomada de decisão não foi fácil, o problema do erro continua a ser um tema “tão cinzento na cor como sinistro no perfil e amargo no travo” (LOBO ANTUNES, 1996,p.77). Suscitava interesse particular, mas seria imperativo ter significado prático para o serviço e instituição. Da análise feita pelo enfermeiro Chefe de Serviço o tema era pertinente e levaria a equipa de enfermagem a refletir sobre a problemática do erro de medicação em pediatria, por ser uma situação frequente, incómoda e que pode ter consequências nefastas para o doente/família e profissionais, o que exige uma intervenção adequada por parte dos enfermeiros. No que concerne à instituição tive oportunidade de pessoalmente apresentar o projeto ao enfermeiro Supervisor, validando oralmente e de forma positiva a sua concretização por se enquadrar nos objetivos do Departamento da Criança e Família em processo de Acreditação com desenvolvimento de uma cultura de Segurança do Doente.

Como referenciado anteriormente, da análise dos relatórios de incidentes críticos do serviço, os Incidentes de Medicação assumem o topo da lista com **47,5%** em 2008, deste total **65,5%** foram **Incidentes de Prescrição** e **27,6%** **Incidentes de Administração**. No ano **2009** temos **50%** de Incidentes de Medicação e **40,1%** em **2010**. Mas se a percentagem de recorrência diminuiu ligeiramente a que atingiu o doente aumentou **35,6%** em **2009** e **55,2%** em **2010**. Os incidentes que atingiram o doente e considerados erros têm um aumento de **9,3%** em **2009** e **28,9%** em **2010**, quando comparados com os dados referentes ao ano de 2008.¹

¹ Dados referentes aos Relatórios de Incidentes Críticos 2008/2009/2010

Estando a ser implementadas estratégias que passam por: prescrição em miligramas; peso dos lactentes três vezes por semana; método individual de trabalho sendo cada enfermeiro responsável pela verificação, preparação e administração de terapêutica ao seu doente, a sua eficácia na prevenção de recorrência dos incidentes, nomeadamente no Incidente de Medicação não se tornou tão notória quanto o previsto. Depreendemos que, existe um caminho a traçar, do ponto de vista científico e experiencial, torna-se fundamental neste contexto de trabalho procurar conhecer nas suas diferentes dimensões o que os enfermeiros pensam sobre as suas práticas neste domínio, isto é, na sua prática o que é proporcionador do erro medicação, as estratégias de intervenção e as práticas de notificação. Também, ao longo das leituras efetuadas verifica-se que esta é uma problemática que abrange a esfera nacional e internacional na área da enfermagem.

WILSON et al. (2010) realizaram um trabalho de investigação (Delphi) num hospital pediátrico terciário na Austrália onde pretendiam identificar prioridades de pesquisa em enfermagem que refletissem as atuais questões da saúde e consequentemente promover uma cultura de pesquisa com contributos para a identificação de problemas no contexto pediátrico. Nas diferentes etapas do seu trabalho o tema de pesquisa classificado como o mais importante foi “identificar estratégias para reduzir os erros de medicação”.

Os estudos de enfermagem sobre o erro de medicação em pediatria são poucos e a pesquisa bibliográfica revelou existir uma lacuna a este respeito pela escassez de artigos e também pela referência a esse facto. Exercendo funções num serviço de pediatria confronto-me frequentemente com situações de erro de medicação que envolvem os enfermeiros. Certa de que o primeiro passo para prevenir o erro é compreendê-lo e voltando ao contexto de trabalho fica uma questão “Qual a opinião que os enfermeiros prestadores de cuidados têm da sua prática no que se refere aos determinantes do erro terapêutico, às estratégias de intervenção utilizadas e às práticas de notificação na prestação de cuidados de enfermagem?”.

A definição de objetivos na realização de qualquer trabalho de investigação é fundamental uma vez que, é através dos mesmos que o

investigador fará o balanço do êxito da sua investigação. FORTIN (1999) refere que o objetivo do estudo especifica, as variáveis, a população alvo e a orientação a dar à investigação. Assim, a definição de objetivos é efetuada com base no que se pretende estudar. Neste sentido, propomo-nos neste estudo a:

Objetivo geral

- Analisar a opinião que os enfermeiros prestadores de cuidados têm da sua prática no que se refere aos determinantes do erro terapêutico, às estratégias de intervenção utilizadas e às práticas de notificação na prestação de cuidados de enfermagem ao doente pediátrico numa Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, num hospital de Lisboa.

Objetivos específicos

- Analisar de que forma o enfermeiro perceciona os fatores determinantes do erro terapêutico em pediatria;
- Analisar as estratégias que são desenvolvidas perante a identificação de erro terapêutico no imediato e posteriormente;
- Analisar as práticas de notificação do erro de medicação desenvolvidas perante a identificação de erro terapêutico.

Pretende-se que a compreensão do fenómeno, erro de medicação em pediatria, contribua para a implementação de medidas ajustadas que levem à adoção de uma abordagem sistémica face ao erro e que contribua para a redução do mesmo.

4. METODOLOGIA

A metodologia permite projetar o plano de ação que serve de guia à investigação com o intuito de alcançar os objetivos delineados para a mesma.

Neste capítulo começa-se por justificar a metodologia de investigação utilizada, critérios utilizados na constituição da amostra, o instrumento de recolha de dados e o tratamento dos dados obtidos.

4.1. Tipo de Estudo

Este estudo seguiu uma abordagem **qualitativa**, uma vez que se pretendeu explorar e compreender o significado que indivíduos em grupos atribuem a um determinado problema social ou humano (CRESELL, 2008). A investigação qualitativa localiza o investigador no contexto em estudo, envolvendo uma abordagem da realidade interpretativa e naturalista, ou seja prende-se com a interação do investigador com os sujeitos que estão a ser estudados, possibilitando uma análise da componente cognitiva associada à “análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus próprios contextos”, conforme refere FLICK (2006, p.13)

Embora não em exclusivo o **Estudo de Caso**, surge intimamente ligado à investigação qualitativa, quando se pretende desenvolver uma investigação aprofundada de um fenómeno individual, de grupo, social, organizacional, e responder às “interrogações sobre um acontecimento ou fenómeno contemporâneo sobre o qual existe pouco ou nenhum controlo” (YIN, 2005, p.13). O objetivo do Estudo de Caso é explorar, descrever ou explicar o fenómeno para um determinado contexto, grupo ou caso. Sendo que no nosso estudo a exploração, descrição e explicação do fenómeno decorreu da análise da opinião dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital de Lisboa, sobre a sua prática, no que se refere aos elementos do erro terapêutico, nomeadamente os seus determinantes, estratégias de intervenção utilizadas e práticas de notificação.

O facto de enquanto investigadora me encontrar integrada na própria investigação, desempenhar funções no local do estudo e conhecer os

participantes não foi identificado como um viés, uma vez que esta falta de demarcação entre investigadores e os participantes é reconhecida como uma das possíveis características da abordagem qualitativa (FLICK, 2006, p.16)

Pela proximidade enquanto investigadora e pelo fenómeno em estudo esta investigação veio contribuir para um clima de revisão e intervenção, em determinadas questões da prática, dando continuidade a um trabalho já existente em que os participantes observam, indagam e focalizam determinados aspetos, através de reajustes constantes que melhorem a qualidade e adequabilidade da sua prática. Tornou-se apelativo e motivador na medida em que a tónica se colocou na prática e na melhoria de estratégias para reduzir a percentagem do erro terapêutico, o que poderá conduzir a um aumento significativo na qualidade e eficácia da prática que se desenvolve. Estamos perante um processo sistemático de aprendizagem orientado para a praxis, exigindo que esta seja submetida a análise o que permite dar uma justificação a partir do trabalho mediante uma argumentação desenvolvida, comprovada e cientificamente examinada.

Considera-se que esta investigação, venha de algum modo a ser útil, porque ela permitirá que estes enfermeiros prestadores de cuidados vejam no erro terapêutico em pediatria um desafio de controlo ou um problema que deve ser acautelado assim como atentem nas estratégias disponíveis para a sua prevenção.

4.2. População e Amostra

A população ou universo é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição tendo uma ou mais características que os diferencia de outros conjuntos de elementos (STREUBERT, 2002). A **população** considerada neste estudo foi constituída pelos vinte (20) enfermeiros prestadores de cuidados aos utentes da unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital de Lisboa.

Num Estudo de Caso a escolha da **amostra** adquire um sentido muito particular, a sua seleção é fundamental pois constitui o cerne da investigação. A constituição da amostra é sempre intencional baseando-se em critérios

pragmáticos e teóricos, em detrimento dos critérios probabilísticos, procurando as variações máximas e não a uniformidade. A preocupação do investigador qualitativo, onde se inseriu a nossa investigação, consiste em descrever de forma densa e enriquecedora o fenómeno em estudo, destacando a importância do envolvimento ativo dos participantes no processo para melhor compreensão das suas interações (STREUBERT, 2002).

A amostra selecionada para a colheita de dados do estudo foi composta por quinze (15) enfermeiros obedecendo ao seguinte critério de elegibilidade - ser prestador de cuidados diretos ao utente da unidade desde o segundo semestre de 2008. Deste modo, procurando compreender a opinião que os enfermeiros têm da sua prática no que se refere aos determinantes do erro terapêutico, às estratégias de intervenção utilizadas e às práticas de notificação na prestação de cuidados, optei por dirigir o pedido a todos os enfermeiros que cumpram o critério de elegibilidade; demonstrem vontade de participar e assinem voluntariamente o consentimento informado (Anexo I) para que formalmente se tornassem sujeitos participantes do estudo.

4.3. Colheita de Dados

Tendo sido o propósito do estudo analisar a opinião que os enfermeiros prestadores de cuidados têm da sua prática no que se refere às dimensões do erro de medicação atrás referidas, selecionou-se como técnica de colheita de dados a **Técnica de Registo de Incidentes Críticos**.

A técnica de registo de incidentes críticos consiste na análise de incidentes relatados por pessoas qualificadas para julgamento sobre a eficiência de determinado trabalho, e que permite o registo de comportamentos específicos, favorecendo uma avaliação sistematizada. É considerada ainda como um método de colheita de informação sobre o comportamento humano cujo enfoque é um episódio passível de observação. Fornece informações úteis de um modo completo e detalhado do que efetivamente acontece num contato entre prestador e recetor de serviços. (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Na área de enfermagem tem sido utilizada por ser um método prático que permite que os investigadores compreendam a complexidade do papel e

função do enfermeiro, a partir da obtenção dos comportamentos destes profissionais durante a praxis bem como as interações destes com outros profissionais (SCHLUTER, SEATON, CHABOYER, 2008).

A utilização desta técnica neste estudo revestiu-se de grande importância por ser adequada à investigação de fenómenos na área da enfermagem que envolvem manifestações de comportamentos e das suas determinantes e consequências, nomeadamente os que permeiam a praxis de enfermagem e a ocorrência de erros terapêuticos em pediatria.

Foi construído um **Guia Orientador para Relato do Incidente Crítico** com pontos-chave a serem desenvolvidos pelos participantes no estudo e que anexamos (Anexo II).

Os relatos foram escritos, pelos participantes, em suporte informático e gravados em suporte digital entregue aquando da assinatura do consentimento informado que comprovou a aceitação na participação do estudo.

A colheita de dados foi realizada durante a segunda quinzena de abril e primeira de maio de 2012 após obtenção da autorização enviada à Direção de Enfermagem (Anexo III) e contato informal com o enfermeiro chefe da unidade.

Os princípios éticos não foram esquecidos. Assegurou-se a confidencialidade da informação obtida e o anonimato dos participantes no estudo. Os relatos ficaram apenas na minha posse e serão destruídos após discussão pública da dissertação.

4.4. Tratamento de Dados

Depois da colheita de dados, a informação necessita ser organizada de modo a facilitar a compreensão do seu real significado. Para tal, foi efetuado o seu tratamento através da técnica de **análise de conteúdo**, que segundo VALA (1987, p.109) pressupõe cinco operações: (1) delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa (etapa já realizada nos capítulos anteriores), (2) constituição de um *corpus*; (constituído pelo conteúdo dos relatos), (3) definição de categorias (entendendo-se por categoria um termo chave que indica a significação central do conceito que se

quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito), (4) definição de unidades de análise; (podemos encontrar três tipos de unidades: **de registo**, que é o segmento determinado de conteúdo, que se caracteriza colocando-o numa dada categoria; **de contexto** que é o segmento mais largo de conteúdo, que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo; **de enumeração** que é a unidade em função da qual se procede à quantificação, (5) quantificação.

Após a codificação dos relatos, realizei uma leitura atenta dos mesmos no sentido de obter uma perceção do todo. Procedi à identificação de expressões significativas, podendo estas ser frases ou palavras, que estivessem diretamente relacionadas com os objetivos em estudo. Estas expressões significativas foram agrupadas de acordo com a sua semelhança o que permitiu categorizá-las. Na definição das unidades de análise a de enumeração não foi abordada pelo que não se procedeu à quantificação.

A integração dos dados em categorias permitiu destacar os aspetos relacionados com os objetivos em estudo - determinantes do erro terapêutico, estratégias de intervenção utilizadas e práticas de notificação enquadrados no domínio da praxis destes profissionais de saúde.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo são abordadas individualmente as categorias que emergiram da análise dos relatos. Relataremos os resultados obtidos no que se refere aos determinantes associados à ocorrência do erro de medicação, às práticas de notificação, às estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros e ainda às consequências do erro de medicação, domínio não previsto inicialmente. As categorias que surgiram dos relatos relacionar-se-ão, numa dinâmica de discussão, com ilustrações retiradas dos mesmos, os achados bibliográficos e a experiência pessoal.

5.1. Determinantes do Erro de Medicação

Ao analisar o significado dos relatos foi possível obter no que se refere às determinantes do erro de medicação fatores ligados ao ambiente, comunicação e a falhas no processo do medicamento. Apresentaremos em seguida a análise de cada uma.

Na categoria **ambiente** incluíram-se as seguintes subcategorias: sobrecarga de trabalho, interrupções ou distrações, fatores stressantes e nível de ruído.

As interrupções ou distrações referidas por seis (6) participantes surgem no decurso das várias solicitações feitas ao mesmo tempo que implicam interrupções durante a preparação e administração de medicação e que estão muitas vezes aliadas a procedimentos mecanizados, automatismo e rotinas. A sobrecarga de trabalho mencionada por quatro (4) participantes está associada ao número de crianças internadas, aos diferentes procedimentos muitas vezes motivados pela complexidade das patologias. Fatores stressantes que decorrem da imprevisibilidade do momento como as situações urgentes e estado clínico crítico da criança foram referidas por dois (2) participantes. O nível de ruído mencionado por dois (2) participantes resulta da confusão e barulho causado pela movimentação dos diferentes profissionais. O quadro que se segue apresenta de forma sistematizada esta categoria.

QUADRO Nº 4 Determinantes do erro de medicação: ambiente

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
AMBIENTE	SOBRECARGA TRABALHO	NUMERO CRIANÇAS INTERNADAS
		PROCEDIMENTOS A REALIZAR
		COMPLEXIDADE DAS PATOLOGIAS
	INTERRUPÇÕES OU DISTRAÇÕES	INTERRUPÇÃO DURANTE A PREPARAÇÃO DE MEDICAÇÃO
		VÁRIAS SOLICITAÇÕES
		PROCEDIMENTOS MECANIZADOS, AUTOMATISMO, ROTINAS
	FATORES STRESSANTES	SITUAÇÕES URGENTES
		ESTADO CLÍNICO CRÍTICO DA CRIANÇA
		SITUAÇÕES GERADORAS DE STRESS
	NÍVEL RUÍDO	BARULHO
		RUÍDO
		CONFUSÃO

Na literatura encontramos dados que corroboram com os mencionados pelos participantes. FREITAS & ODA (2008) citando MELO & PEDREIRA (2005), apresentam como causas que podem estar relacionadas a problemas no processo de medicação as frequentes interrupções, nível alto de ruído e falta de atenção [distrações].

SIQUEIRA (2010) fazendo referência à revisão sistemática de literatura de TULLY et al. (2009) sobre as causas e fatores associados aos erros de prescrição, apresenta o ambiente de trabalho inadequado e o excesso de atividades com fatores determinantes do erro.

Nem sempre é fácil manter um ambiente adequado e uma distribuição equilibrada dos enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos, nomeadamente devido à instabilidade clínica dos doentes, intercorrências que surgem de modo imprevisível, realização de exames complementares de diagnóstico que exigem a mobilização do doente e recursos humanos. Constatou-se que os enfermeiros relatam fatores ambientais como

determinantes do erro, a sobre carga de trabalho foi um dos elementos mencionados com (26,6%):

R2 “momento de grande afluência de doentes...tinha de administrar o fármaco via intramuscular e havia também a necessidade de ajudar na realização de uma punção lombar”

R3 “turno particularmente agitado, pela quantidade de crianças internadas e pela complexidade das suas patologias e dos cuidados a prestar, com aumento significativo e efetivo do tempo necessário à prestação de cuidados com segurança a cada criança.”

R4 “provavelmente associado à maior carga de trabalho e à situação de urgência”

R6 “poderá ter motivado o erro a carga de trabalho na unidade neste mesmo dia”

Se a sobrecarga de trabalho pode ser um determinante do erro as interrupções e distrações também foram referidas pelos participantes como elementos potenciadores de erros de medicação. Na literatura consultada também encontrámos referência a este facto.

MELO & SILVA (2008) fazendo referência ao artigo publicado no Journal of Clinical Nursing denominado *How graduate nurses use protocols to manage patients medication*, onde foram analisados os fatores que contribuíam para erros de medicação, refere que a equipa de enfermagem é vulnerável a múltiplas interrupções e distrações que podem afetar a sua capacidade de memória e atenção durante períodos críticos e consequentemente traduzir-se em ocorrência de erros de medicação.

R2 “as pessoas estavam constantemente a interromper o meu trabalho...assim como os médicos a pedirem várias coisas ao mesmo tempo”

R2 “somos frequentemente interrompidos enquanto preparamos a medicação”

R3 “...durante este procedimento fui interrompida várias vezes e foi-me solicitada a realização de várias coisas”

R3 “...com interrupções e interferência na prestação de cuidados.”

R6 “terá sido efetuado um procedimento mecanizado e pouco pensado uma vez que estávamos a falar de uma situação de outro doente em simultâneo, o que me fez estar distraído.”

R10 “não podemos deixar que se instale a rotina nas nossas práticas, de modo a prevenir os “automatismos”, uma vez que qualquer procedimento pode ter consequências diferentes em situações semelhantes, basta algo para nos distrair e o erro acontece”

R12 “...durante outro turno ou dia em que a unidade estivesse mais complicada pelo movimento e instabilidade das crianças em que as solicitações são várias ao mesmo tempo este lapso teria sido um erro.”

R12” este erro é muito fácil e comum acontecer pelo mecanicismo e rotinas que muitas vezes acompanham as nossas intervenções num ambiente com múltiplas interrupções e distrações”

Como é notório nos relatos anteriores as interrupções são uma característica comum no trabalho do enfermeiro gerando muitas vezes sobrecarga devido à necessidade de conceder atenção e responder às

diferentes solicitações de quem interrompe. Estas interrupções proporcionam erros de medicação, nomeadamente, associados à preparação e administração. CASSIANI et al (2006) fazem relato de interrupções constantes de outros profissionais da equipa multidisciplinar, ou de colegas, o que dificulta a concentração dos profissionais. Estas distrações e interrupções associadas a procedimentos mecanizados podem levar a erros, como é possível constatar nos relatos que se seguem:

R6 “terá sido efetuado um procedimento mecanizado e pouco pensado uma vez que estávamos a falar de uma situação de outro doente em simultâneo, o que me fez estar distraído.”

R10 “não podemos deixar que se instale a rotina nas nossas práticas, de modo a prevenir os “automatismos”, uma vez que qualquer procedimento pode ter consequências diferentes em situações semelhantes, basta algo para nos distrair e o erro acontece”

R12” este erro é muito fácil e comum acontecer pelo mecanicismo e rotinas que muitas vezes acompanham as nossas intervenções num ambiente com *múltiplas interrupções e distrações*”

CARNEIRO (2010) apresenta o automatismo como um contexto frequente para o aparecimento do erro. Os comportamentos automatizados podem levar a erros que surgem precisamente quando estamos a realizar uma ação que já efetuámos várias vezes antes.

Também fatores stressantes, decorrentes da imprevisibilidade associada ao estado crítico dos doentes, situações de emergência foi referida como potenciadora do erro de medicação:

R3 “sentia-me nervosa e inquieta devido ao estado da criança pois sabia que esta se encontrava em risco”

R4 “...houve uma situação de urgência no serviço ficando todos os profissionais envolvidos durante algum tempo”

R4 “...senti que as situações geradoras de stress são propícias à ocorrência de erros...”

Já FRAGATA & MARTINS (2008, p.99), fazendo referência às unidades de cuidados intensivos, afirmam que “o padrão de trabalho em equipa, as situações de stress e uma enorme imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise, criam o ambiente propício para ocorrência de erros”. O stress é o resultado das interações entre as solicitações externas e a nossa capacidade de resposta podendo ter efeitos negativos no desempenho, que segundos os autores supracitados podem ser traduzidos por exaustão emocional com compromisso da concentração e consequente alteração da performance.

Mas, para além do stress o nível de ruído muitas vezes decorrente da presença de muitos profissionais, nomeadamente os médicos da unidade, os

internos da especialidade, os enfermeiros, os assistentes operacionais, os pais e alunos, traduz-se numa perturbação da continuidade do trabalho.

R2 “...confusão, muita gente no corredor”

R3 “havia muito movimento de pessoas na unidade assim como ruído, barulho...”

WESTBROOK et al. (2010) numa revisão sistemática de literatura sobre os fatores que contribuem para os erros de medicação, onde foram apenas incluídos os estudos que focavam fatores que contribuíam para erros de medicação com relevância direta para a prática de enfermagem, apresentam as distrações durante a administração com desvio do procedimento e sobrecarga de trabalho como elementos que contribuem para a ocorrência de erros de medicação. Os mesmos autores fazendo referência aos estudos de PAPE (2001), MAYO & DUNCAN (2004), FU-A et al. (2007) apresentam o ambiente de trabalho stressante, as interrupções e distrações como fatores que contribuem para os erros de medicação. Reportando-se ainda ao estudo de TANG et al (2007), a sobrecarga de trabalho é apresentada como a segunda categoria mais frequente da qual decorrem erros de medicação.

Em síntese verificamos que, as condições de trabalho, nível de ruído, sobrecarga de trabalho, situações geradoras de stresse, distrações e interrupções, não favorecem uma prática segura de cuidados e consequentemente podem ser um fator que predispõe a ocorrência de erros de medicação. As constantes interrupções e interferências no decorrer da preparação e administração da medicação têm bastante impacto no enfermeiro e no decurso do exercício da prática de cuidados. Podemos assim verificar a influência do ambiente, onde decorre a prestação de cuidados, na prevalência dos erros de medicação.

Quanto à categoria **comunicação**, ela subdivide-se em falhas na comunicação e eficácia na comunicação. Como se pode ver no quadro que se segue as falhas na comunicação mencionadas por dois (2) participantes devem-se à não transmissão da informação e ao incumprimento dos registos.

São referidos como eficazes aspetos como a precisão e validação da informação.

QUADRO Nº 5 Determinantes do erro de medicação: Comunicação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
COMUNICAÇÃO	FALHAS NA COMUNICAÇÃO	NÃO TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO
		INCUMPRIMENTO DOS REGISTOS
	EFICÁCIA NA COMUNICAÇÃO	VALIDAÇÃO DA INFORMAÇÃO
		TRANSMISSÃO ORAL PRECISA

Um dos aspetos importantes deste estudo foi a constatação da relevância atribuída por alguns participantes à comunicação, essencialmente entre enfermeiros, como determinante do erro de medicação. Sabe-se que um processo de comunicação eficaz é fundamental para a segurança do doente, esta pode ser perturbada pelas condições do ambiente de trabalho assim como pela inadequação do tempo reservado a receber e transmitir informação. Para ser eficiente e se obterem resultados efetivos a comunicação deve ter em conta as informações a respeito do doente, necessidades e interesses articuladas com as precisões do serviço. Deste modo, será possível definir, implementar e executar um plano de atividades para o doente com posterior avaliação. Quando por motivos de organização de trabalho existe necessidade de o enfermeiro, responsável por determinado doente se ausentar do serviço deverá obrigatoriamente transmitir a outro colega o plano do seu doente. No regresso a validação do que foi executado com o colega a quem passou a informação é fundamental para a continuidade dos cuidados e garantia da segurança do doente.

FRAGATA (2011, p.34) apresenta-nos a má comunicação, ou seja, falhas na comunicação como um fator que provoca um mau fluxo da informação “e impede o funcionamento da equipa, que assim se torna perigosa, pela ação desconcertada dos seus membros”. O mesmo autor refere ainda que toda a

comunicação deve implicar bilateralidade, quando este princípio não se verifica podem ocorrer erros como constatamos nos relatos que se seguem:

R4 “De salientar que o enfermeiro responsável pela criança se encontrava fora do serviço. O enfermeiro que administrou a terapêutica não disse de imediato que o tinha feito e quando o enfermeiro responsável pela criança viu a prescrição administrou novamente o antibiótico”

R15 “ ao ausentar-se do serviço não passou à colega a medicação que tinha feito em SOS (paracetamol retal)... e não tinha chegado a registar [no sistema operativo] a medicação administrada. Durante o período em que o colega esteve ausente do serviço a colega que tinha ficado responsável pelo doente verificou que estava febril e administrou-lhe paracetamol. A comunicação nos dois sentidos é fundamental evitando assim a ocorrência de alguns erros”

Segundo a visão destes participantes muitos dos erros de medicação parecem ter o seu fundamento em falhas de comunicação sendo esta constatação apoiada pelos achados bibliográficos.

SILVA et al. (2007) desenvolveram um estudo cujo objetivo era identificar e analisar os pontos frágeis da comunicação nos processos do sistema de medicação. No seu estudo identificaram pontos frágeis em cada um dos processos do sistema de medicação analisados, que levaram os profissionais a desenvolver atos inseguros com comprometimento da segurança do doente, nomeadamente, falhas no fornecimento de informação entre as equipas e falta de comunicação inter e intra equipas, fazendo com que informações relevantes deixassem de ser transmitidas.

Também, FORTESCUE et al. (2003) ao avaliaram as estratégias de prevenção de erro com identificação daquelas que pudessem ser mais eficazes na prevenção do mesmo, apresentaram a melhoria da comunicação entre os diferentes profissionais como uma das estratégia mais eficazes na redução potencial da taxa do erro de medicação.

Num estudo realizado por DONCHIN et al. (2003) sobre os erros em unidades de cuidados intensivos verificaram que as falhas de comunicação estiveram na origem de 37% dos erros identificados.

FRAGATA (2011,p.41) apresenta as transições (mudanças de turno e transferência de cuidados) como “uma das causas mais comuns para a ocorrência de erros” pelo que estas devem ser estruturadas para que nada falhe. Se a transferência de informação entre a equipa que sai e a equipa que retoma, nomeadamente, no que se refere à medicação tiver sido correta (fármaco, intervalo de administração e hora da última toma) a probabilidade de

ocorrência de erro é menor como podemos verificar através dos relatos que se seguem:

R4 “toda a equipa deve refletir sobre a forma como a informação é transmitida e validar cada vez mais as ações que são realizadas pois uma comunicação eficaz reduz a ocorrência dos erros de medicação.”

R14 “ a enfermeira que estava responsável pela criança achou estranho pois na passagem de turno a colega tinha feito referência a uma primeira administração às 14h... fez uma análise mais pormenorizada da prescrição e verificou que existia outra prescrição...ou seja uma toma para as 17h e outra para as 22h.”

Assim e em síntese a capacidade de comunicar de uma forma estruturada e segura com os diferentes elementos da equipa é um fator que contribui para a redução do erro de medicação. Poder-se-á então dizer que os enfermeiros, principalmente porque trabalham em equipa, deparam-se constantemente com problemas de comunicação que interferem na execução do seu trabalho. A comunicação é fundamental em todos os setores de atividade, mas assume especial importância no setor da saúde pelo seu contributo na diminuição da ocorrência e recorrência de erros de medicação.

Na categoria, **falhas no processo do medicamento**, emergiram seis (6) subcategorias. Dois (2) relatos referentes à dispensa/armazenamento; três (3) relativos a erro de prescrição pela duplicação da prescrição e determinação incorreta da dose; quatro (4) respeitantes a erro de dose pela duplicação da mesma e sobredosagem; dois (2) apresentam o erro de administração de medicamento não autorizado concretizado pela administração de medicamento errado; dois (2) participantes relatam erro de preparação decorrente da escolha inadequada do material de infusão e identificação incorreta do medicamento; cinco (5) fazem referência ao erro de administração por uso de via diferente, velocidade incorreta e incompatibilidade dos medicamentos.

As causas de erros de medicação são multifatoriais e podem ocorrer em qualquer momento do processo do medicamento. Ao analisar os relatos e no que concerne aos determinantes do erro de medicação, verificamos que acrescido ao ambiente e comunicação temos falhas no processo do medicamento que proporcionam a ocorrência de erros, nomeadamente na: dispensa/armazenamento, prescrição, dose, administração de medicamento não prescrito, preparação e administração. O próximo quadro resume esta categoria.

QUADRO Nº 6 Determinantes do erro de medicação: Falhas no processo do medicamento

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
FALHAS NO PROCESSO DO MEDICAMENTO	ERRO DISPENSA/ARMAZENAMENTO	ARMAZENAMENTO NOS CARROS MEDICAÇÃO
	ERRO PRESCRIÇÃO	DUPLICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO
		DETERMINAÇÃO INCORRETA DA DOSE
	ERRO DOSE	DOSE SUPERIOR
		DOSE INFERIOR
		DUPLICAÇÃO DOSE
	ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO NÃO AUTORIZADO	MEDICAMENTO ERRADO
		DOENTE ERRADO
		PRESCRIÇÃO DESATUALIZADA
	ERRO PREPARAÇÃO	RECONSTITUIÇÃO OU DILUIÇÃO INCORRETA
		IDENTIFICAÇÃO INCORRETA
		ESCOLHA MATERIAL INFUSÃO INAPROPRIADA
	ERRO ADMINISTRAÇÃO	VIA DIFERENTE
		VELOCIDADE INCORRETA
		INCOMPATIBILIDADE DOS MEDICAMENTOS

O erro de **dispensa/armazenamento** refere-se à distribuição incorreta do medicamento, no nosso estudo, os medicamentos não se encontravam mal armazenados, contudo a sua disposição, pela proximidade de medicamentos com apresentações muito semelhantes foi um fator que contribuiu para a ocorrência do erro. Este incidente motivou a reestruturação do seu armazenamento nos carros de urgência do serviço, pelo que o considerámos nesta subcategoria.

R2 “ eram ampolas muito semelhantes, ambas opacas, de tamanho semelhante e que estavam arrumadas apenas com uma gaveta de intervalo entre elas.”

R7 “ estamos mecanizados para os locais onde estão os fármacos mas podem estar em locais errados e as ampolas podem ser parecidas.”

Dois (2) dos participantes afirmam que muitos dos erros de medicação são potenciados por dificuldades em diferenciar os fármacos que têm uma apresentação igual (ampolas semelhantes em tamanho, cor e disposição no carro).

No decurso deste estudo, período de colheita de dados, e como estratégia adotada pelo serviço para minimizar a recorrência deste erro, os carros de urgência foram reestruturados com identificação e destaque dos medicamentos por grupos e cores (exemplo: vermelho- fármacos de reanimação, amarelo-sedação, azul-perfusões...). A adrenalina e atropina ficaram em topos diferentes da gaveta pelo facto de a apresentação das ampolas ser muito semelhante.

Segundo a NCC MERP (1998 a) o erro de **prescrição** pode consistir na seleção incorreta do medicamento, dosagem, via de administração, velocidade de infusão, ilegibilidade ou ainda prescrição incompleta. Torna-se importante destacar que na unidade em estudo a prescrição é informatizada assim como todo o processo clínico do doente pelo que não encontraremos referência à ilegibilidade. A prescrição de medicação assim como todo o processo clínico do doente na unidade é informatizado, mas o sistema operativo usado, apesar de fazer cálculos automáticos quando introduzido o peso e idade (perdas insensíveis), permite a prescrição de uma dose de determinado medicamento não ajustada ao peso. Os erros de prescrição mencionados pelos participantes são referentes à dosagem e duplicação da prescrição com horários diferentes, conforme se apresenta:

R8 “ foi comunicado à equipa médica, a criança estava a realizar a dose correta (a colega que preparou validou oralmente o erro de prescrição) que seria 2000mg e não 2000gr. Após esta nova chamada de atenção foi corrigida a prescrição.”

R11” a dose prescrita era 20 vezes superior à dose adequada ao peso da criança.”

R14”verificou-se que existia outra prescrição feita por um interno. Ou seja havia uma toma para as 17h e outra para as 22h”

NEBEKER et al (2005) realizaram um estudo sobre os eventos adversos num hospital com sistema de medicação informatizado. Os erros de medicação

corresponderam a 27% do total de eventos sendo que os erros de prescrição foram os mais frequentes com 61%. Os autores concluem que os eventos adversos permanecem nos hospitais com sistema de medicação informatizado por falha dos programas no controlo da dosagem e monitorização. Também SCHATKOSKI et al (2009) numa revisão sistemática de literatura sobre a segurança e proteção à criança hospitalizada e em relação ao processo do medicamento em que ocorre o erro a grande maioria surge na fase de prescrição (74%). No nosso estudo, o erro de prescrição representa 20%, fazendo comparação com os dados encontrados na literatura existe uma diferença considerável de percentagens. Esta diferença pode dever-se ao fato de o sistema operativo utilizado obrigar ao preenchimento de vários campos nomeadamente: dose, via de administração, frequência de administração, tempo de perfusão, duração do tratamento. Assim como ao carácter do estudo, ser um estudo caso, a colheita de dados ter decorrido num corte temporal de apenas um mês com a probabilidade de os relatos se referirem a erros de medicação ocorridos recentemente. O sistema informatizado de prescrição parece, nesta unidade, representar um avanço dentro das estratégias utilizadas para minimizar os erros decorrentes de prescrições incorretamente formuladas e ilegíveis, contudo não erradica a possibilidade de ocorrência de erros de medicação.

O erro de **dose**, segundo a NCC MERP (1998 a) consiste na administração de medicamentos em dose maior ou inferior à prescrita, administração de dose duplicada ou administração de uma dose extra. No nosso estudo, 26,6% dos participantes relataram erros de dose, nomeadamente: dose superior, duplicação da dose, conforme podemos evidenciar pelos relatos que se seguem.

R3 "...ou seja administrei uma dose superior."

R4 "...quando o enfermeiro responsável pela criança viu a prescrição administrou novamente o fármaco [fez 2 tomas seguidas]."

R5 "Durante o transporte foi dada sugestão pela médica da nossa unidade para realização de 12,5Gr de Manitol...na passagem das ocorrências pela colega do H. de origem foi nos informados de que tinha a terminar o 2º frasco de Manitol, ou seja tinham sido administrados 100Gr de Manitol"

R6 "a criança fez durante um intervalo de tempo superior ao esperado a bolsa de lípidos [dose superior ao prescrito] "

De acordo com a literatura constatamos que o erro de dosagem ocorre com frequência. WONG et al (2004) realizaram um estudo que consistiu na análise de estudos sobre o erro de medicação em pediatria. Em onze (11) dos dezasseis (16) estudos analisados o erro na dose foi referido como sendo o que ocorria com maior frequência.

Também ROTHSCILD et al (2005) num estudo prospetivo observacional, cujo objetivo foi estudar a incidência e a natureza de eventos adversos e erros graves em cuidados intensivos, verificaram que dentro dos erros graves, os erros de medicação apresentam-se com uma taxa de 61% sendo que o mais comum foi o erro de dosagem. Sendo ilegítima a comparação de dados pelas características do nosso estudo, esta diferença implicará no futuro a necessidade de comparar os resultados com a análise sistemática das notificações da unidade durante um período alargado. Noutro estudo realizado em Inglaterra cujo objetivo foi analisar os incidentes envolvendo medicação enquadrados num sistema de notificação, os erros de dose corresponderam a 23%. Identificou ainda que a faixa etária que ficou sujeita a mais erros de medicação, foi a dos zero aos quatro anos de idade (NPSA, 2009).

Encontramos ainda, relatado por SCHATKOSKI et al (2009) referência à sobredosagem como a ocorrência mais comum nos erros de dosagem (28%).

TEIXEIRA & CASSIANI (2010) analisaram no seu estudo os tipos de erro de medicação, constataram que o erro de dose foi um dos erros mais frequentes correspondendo a 24,3%, percentagem muito próxima da encontrada no nosso estudo, 26,6%. Um dos fatores que pode contribuir para a ocorrência deste erro consiste na dispensa do medicamento em dose diferente da que foi prescrita, e ainda o facto de em pediatria o recurso ao cálculo matemático ser uma constante o que aumenta a probabilidade de ocorrência de erro. GHALEB & WONG (2006), referem que a necessidade de proceder a cálculos de posologia baseados no peso e idade acarreta risco de erro. ZAKHAROV, TOMAS & PELCLOVA (2012) numa análise de dados do Centro de Intoxicações da República Checa referentes a chamadas relativas a medicação constataram que os erros mais comuns foram de dosagem

inadequada (60,9%) sendo as crianças com menos de cinco anos um grupo de alto risco.

O erro de **administração de medicamento não autorizado**, segundo a NCC MERP (1998 a) consiste na administração de um medicamento não prescrito, administração ao doente errado, administração de medicamento não autorizado pelo médico e utilização de prescrição desatualizada.

O erro de administração de medicamento não autorizado relatado por dois participantes (13,3%) refere-se à administração de medicamento errado, ou seja estava prescrito um medicamento e foi administrado outro.

R7 “ não estava a administrar atropina e estava a administrar adrenalina (na dose prescrita para a atropina) Para mim ficou ainda mais claro a importância de confirmar sempre o fármaco que se está administrar, independentemente de sabermos o local onde costuma estar, e a dosagem, se tivesse sido feita a verificação dos cinco certos não teria sido administrado o fármaco errado.”

R9” estava a fazer atropina de 4 em 4 horas. Por lapso, numa dessas tomas foi administrada adrenalina.”

De forma geral, os erros de administração de medicamentos não autorizados que foram relatados ocorrem devido à não confirmação do medicamento antes da administração podendo ter sido provocadas em função de medicamentos com semelhança de rótulos, com o mesmo formato, material e tamanho como o caso da adrenalina e atropina, o que facilitou a ocorrência da troca de medicamentos. O facto de estarem armazenados no carro de terapêutica em gavetas seguidas revelou-se como um elemento gerador de erro. No estudo de TEIXEIRA & CASSIANI (2010) a administração de medicamento não autorizado esteve entre os três tipos de erros mais citados (13,5%), percentagem muito próxima da encontrada no nosso estudo.

Os erros de **administração** relatados referem-se a: administração do medicamento em velocidade de infusão incorreta, administração do medicamento por via diferente da prescrita e administração de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis. A falta de conhecimento sobre determinado medicamento é um fator de risco para a ocorrência de erros de medicação. HUGHES & EDGERTON (2005) fazem referência a que 15% dos erros de administração se devem a falta de conhecimento sobre os medicamentos. Verifica-se pelos relatos que se seguem que a falta de conhecimento e familiaridade com o medicamento foi um fator determinante para a ocorrência de erro:

R1”...neste caso o fármaco não é habitualmente utilizado na unidade, não estando as equipas médica e enfermagem familiarizadas com a prescrição e administração. Assim foi administrado à criança, após observação da prescrição, uma dose muito superior à pretendida e indicada para o seu peso, por via endovenosa.”

R5” o colega não estava familiarizado com o medicamento e que não tinha confirmado os cálculos com outro colega pelo que ao preparar não identificou o erro”

A formação continua que permite adquirir e consolidar conhecimentos, apresenta-se como um pilar para a prática segura na administração de medicamentos. Mas, se os conhecimentos são importantes o cumprimento dos procedimentos na preparação e administração de medicação também o é, como referem alguns dos participantes:

R3 “quando programei a bomba infusora ao carregar no botão do número zero a bomba assumiu duas vezes o mesmo, o que colocou a velocidade dez vezes mais rápida. E como não verifiquei no fim a velocidade a que esta ficou a trabalhar deu-se o erro.”

R10” a origem do erro esteve na troca da seringa a administrar por parte do enfermeiro (a) e a não verificação do rótulo da seringa por parte do médico (a) [via intra tecal administração médica].”

R13”Foi necessário fazer um bólus de furosemda e o erro ocorre porque a sua administração é feita no lúmen das aminas”

Quanto aos erros de **preparação**, de acordo com a NCC MERP (1998 a) podem consistir em: Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis); armazenamento inadequado do medicamento; falha na técnica de assepsia; identificação incorreta do fármaco; escolha inapropriado material de infusão. Nos relatos do nosso estudo é feita referência à identificação incorreta do medicamento e escolha inapropriada do material para infusão.

R8 “ a terapêutica encontrava-se incorretamente identificada, sem dose do fármaco em questão sem data de preparação e sem identificação do enfermeiro que preparou a terapêutica”

R12”quando foi programar a bomba infusora regista 250ml em vez de 25ml ... ao rever os passos feitos verificou que se tinha enganado a registar na máquina o volume que iria ser administrado. Se tivesse selecionado para a infusão uma seringa infusora em vez da bomba este incidente não teria ocorrido”

A identificação incorreta da medicação pode surgir pela tentativa de agilizar e facilitar o trabalho, dando tempo para a realização de outra atividade que se revelou prioritária naquele momento, contudo isto significa que podem existir particularidades na próxima preparação que vão ser esquecidas. Nesta situação específica, R8, existia um erro de prescrição subjacente que apenas tinha sido corrigido oralmente, no sistema informático a prescrição ainda estava incorreta. É prática da unidade as perfusões estarem devidamente

identificadas: com o nome do medicamento, dose, diluição, data, hora e assinatura do enfermeiro que preparou.

PROT et al (2005) realizaram um estudo com o objetivo de quantificar o tipo e a frequência dos erros de administração de medicação em pediatria. O método utilizado foi a observação direta dos enfermeiros na preparação e administração de terapêutica durante um ano num hospital pediátrico. Dos resultados obtidos 36% foram identificados os erros relativos ao horário de administração, 19% referentes à via de administração, os erros de dosagem corresponderam a 15%, medicamento não autorizado a 10% e erros de apresentação 8%. Os mesmos autores no seu trabalho fazem ainda referência a que a falta conhecimento e a pouca familiaridade com a administração de medicação em pediatria, provavelmente aumentou o risco de erro. A NCCMERP (1998), recomenda que os profissionais envolvidos na administração de medicação conheçam as indicações e contra-indicações do uso da medicação, o efeito esperado do medicamento administrado assim como as reações adversas, além das possíveis interações que ocorrem com outra medicação. Deste modo, o processo de administração de medicamentos necessita de profissionais informados e com conhecimentos atualizados para que o processo se cumpra com segurança e qualidade. A American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) apresenta algumas medidas para a redução do erro de medicação sendo uma delas a utilização de códigos de barras para medicamentos e identificação do doente. Temos conhecimento que o hospital Santo André no ano 2011 lançou um sistema (Medicheck) pioneiro em Portugal com a finalidade de minimizar os erros de medicação. Este sistema foi implementado no serviço de pediatria (internamento e cuidados especiais neonatais e pediátricos). O Medicheck trabalha com base no princípio dos “cinco certos” que orienta o software dos computadores centrais que transmitem a informação aos *Personal Digital Assistant* (PDA). Aquando da prescrição de um medicamento é emitida uma etiqueta com um código de barras e o nome da criança que será colocada no medicamento a administrar. Para garantir a segurança no momento da administração do medicamento, o PDA lê o código de barras do medicamento e o existente na pulseira de identificação da criança, garantindo a compatibilidade entre doente e

medicação administrada. Além de produzir os códigos de barras o sistema permite monitorizar todo o processo alertando para eventuais atrasos ou incompatibilidades terapêuticas.

Numa reflexão final é de destacar que os erros de medicação podem ocorrer em diferentes fases do processo do medicamento, os enfermeiros têm um papel fulcral na prevenção. A aquisição e atualização de conhecimentos fundamentais sobre farmacologia são importantes para que haja um conhecimento das indicações e contra indicações, efeitos adversos, cuidados específicos na administração e monitorização do medicamento.

5.2 Práticas de Notificação do Erro de Medicação

Perante o erro de medicação, e da análise dos relatos e no que se refere à categoria notificação do erro de medicação, emergiram as seguintes subcategorias: comunicação oral na equipa, não só ao médico como aos pares; comunicação escrita na folha de incidentes; informação aos pais com comunicação do erro ou ocultação de informação. No próximo quadro podemos fazer uma leitura simplificada desta categoria.

QUADRO Nº 7 Práticas de notificação do erro de medicação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
NOTIFICAÇÃO DO ERRO DE MEDICAÇÃO	COMUNICAÇÃO ORAL NA EQUIPA	COMUNICAÇÃO ÀS PARES
		COMUNICAÇÃO AO MÉDICO
	COMUNICAÇÃO ESCRITA NA FOLHA INCIDENTES	REGISTO NA FOLHA DE INCIDENTES
		NÃO REGISTO NA FOLHA DE INCIDENTES
	INFORMAÇÃO AOS PAIS	COMUNICAÇÃO DO ERRO
		OCULTAÇÃO DA INFORMAÇÃO

A verdadeira frequência com que os erros de medicação ocorrem não é realmente conhecida, conforme apresenta SCHATKOSKI et al (2009) reportando-se ao trabalho de LESAR & MITCELL (2006) devido à dificuldade de identificação e quantificação do problema. Referem ainda que a frequência

na comunicação dos erros varia consideravelmente, devido às metodologias utilizadas, às definições de erro e/ou reação adversa e o ambiente de prestação de cuidados. Mas nem sempre os erros são simples de identificar, HENNMAN (2007) num artigo publicado na revista *Critical Care Nurse* refere que os erros relatados são na maioria relacionados com a preparação e administração de medicação ficando muitos outros por relatar. A mesma autora sugere que para além dos motivos tradicionais para não relatar como a vergonha, a maioria dos erros não notificados correspondem a erros não reconhecidos, muitas vezes relacionados a fatores culturais e organizacionais.

Neste estudo nota-se, em quase todos os relatos, que a conduta dos profissionais de enfermagem quando identificada a ocorrência de um erro de medicação foi comunicá-lo à equipa e ao médico presente. Poderemos assim dizer que a comunicação do erro revestiu-se de extrema importância para que as intervenções ocorressem em tempo útil de modo a minimizar e/ou corrigir as consequências causadas ao doente pelo erro cometido.

MELO & SILVA (2008) reportando-se ao estudo de KARADENIZ (2006) *Nurses Perceptions of Medication Errors* e no que se refere ao registo dos erros de medicação, 63% dos participantes relacionam a falta de registos ao medo da punição ou represália por parte das chefias e instituição. Também MAYO & DUCAN (2004) no seu trabalho fazem referência a que 50% dos enfermeiros não reportou os erros de medicação porque temiam repercussões negativas. A comunicação informal, oral na equipa é uma das estratégias utilizadas para comunicar os erros.

WESTBROOK et al (2010) apresenta a comunicação informal como sendo utilizada algumas vezes pelos enfermeiros na presença de erros de medicação.

Atuar em conformidade numa situação de erro de medicação implica comunicar esse facto, dos 100% (15) dos participantes do nosso estudo 60% (9) nos seus relatos fazem referência à comunicação oral na equipa como prática de notificação quando confrontados com situações de erro de medicação, destes nove participantes, cinco (5) 33,3% também procederam ao

registo do erro na folha de incidentes críticos, o que demonstra práticas de notificação consolidadas.

R1 “a situação foi discutida entre as duas equipas, informalmente na unidade”

R2 “ procurei a médica chefe de equipa e expliquei o sucedido”

R3 “ de imediato avisou a médica do ocorrido...foi do conhecimento da equipa”

R7 “ foi dado conhecimento ao médico”

R9 “ comunicado ao médico que estava de serviço, a equipa presente analisou a situação em conjunto”

R11 “este incidente foi analisado entre o novo colega e eu que estava responsável pela sua orientação”

R12 “... falou com os colegas de equipa que estavam de turno”

R13 “ este incidente foi analisado em equipa...”

R14 “ este incidente foi analisado nessa tarde pela equipa que estava de serviço”

Desde Julho de 2008 que na unidade onde foi realizada a colheita de dados a notificação dos incidentes críticos, onde se enquadram os erros de medicação, deve ser feita na Folha de Registos de Incidentes Críticos, existindo desta forma uma comunicação que mensalmente é discutida em reunião da equipa da unidade. Neste estudo, 33,3% dos participantes procedeu ao registo do erro de medicação na respetiva folha, como podemos verificar nos relatos que se seguem:

R1 “ Foi efetuado um incidente crítico [na folha existente na unidade],a situação foi discutida ... formalmente em reunião de incidentes críticos”

R7 “ foi escrito no processo da criança [analisado posteriormente na reunião de incidentes].

R9 “ o incidente foi posteriormente analisado na reunião de incidentes com o objetivo de se tomarem medidas para que o erro não se repita”

R13 “ [efetuado registo na folha de incidentes críticos] foi analisado na reunião mensal dos incidentes críticos”

R14 “ [efetuado registo na folha de incidentes críticos] este incidente foi analisado... e na reunião mensal”

Perante o erro de medicação o enfermeiro deve atuar em conformidade o que implica notificar a sua ocorrência. A sua práxis deverá pautar-se pelos valores éticos e deontológicos inerentes ao exercício da profissão, protegendo a pessoa e garantindo a excelência do cuidar. Mas se para alguns já está interiorizado no seu dia-a-dia esta prática de notificação, pelos relatos que passamos a apresentar pode-se constatar que ainda existe um longo caminho a percorrer:

R3 “ não foi realizado o registo na folha que existe no serviço... receio dos comentários e consequências dos erros o que faz com que os erros notificados sejam ainda poucos.”

R4 “ não foi preenchida a folha de incidentes existente para o efeito”

R6 “não foi efetuada notificação do incidente nas folhas de registo existentes na unidade, o que me leva a pensar que os erros são muito mais que aqueles que são notificados. Muitas vezes a falta de coragem ou até mesmo a cobardia são razões para não notificar.””

R8 “ não foi efetuada notificação do incidente nas folhas de registo o que me leva a refletir pensar que na realidade os erros são mais do que aqueles que são notificados. A falta de profissionalismo, a vontade e procura de sucesso têm sido fatores que levam à não notificação.”

R11 “ mas não foi relatado na folha de incidentes críticos”

R12 “apesar de não ter efetuado o registo na folha de incidentes críticos.”

40% dos participantes (6) não efetuaram o registo do erro na folha de incidentes críticos existente na unidade, embora três (3) o tenham feito oralmente na equipa, apresentando vários motivos para a não notificação, nomeadamente: o medo das consequências, o receio de comentários ou críticas negativas, a falta de coragem ou até mesmo cobardia, a vontade e procura de sucesso e a falta de profissionalismo.

O impacto emocional perante o erro de medicação é grande, um misto de sentimentos se desenvolve, o medo, a culpa, o receio, constrangimento, desconforto muitas vezes vivenciado de uma forma solitária.

No estudo efetuado por CHIANG & PEPPER (2006) que pretendia descrever a perceção do enfermeiro relativamente às barreiras na notificação de erros de administração de medicamentos, o medo de ser culpabilizado, seguido do medo das consequências do relato do erro, constituíram as duas maiores barreiras à notificação de erros associados à administração de medicamentos.

O erro de medicação, tradicionalmente, ainda tem uma abordagem individual, onde como refere FRAGATA 6 MARTINS (2008) existe uma dissociação do erro do meio em que ele ocorreu. Consequentemente, e de acordo com os mesmos autores, a organização vê minimizadas as suas próprias responsabilidades na ocorrência do erro. Mas a responsabilização não pode acontecer apenas no contexto técnico e científico, devendo ser igualmente abordada no plano ético e moral. No artigo 88.º alínea a) do Código Deontológico é referido que o enfermeiro tem o dever de “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.” (DL nº 104/98). Isto implica uma reflexão e uma avaliação, ou seja, o uso do pensamento crítico. Deste modo, o enfermeiro

estará a identificar um erro de medicação e a contribuir para que não volte a acontecer. A segurança do doente e a qualidade dos cuidados ficam comprometidas quando ocorre um erro de medicação, logo o enfermeiro pela análise da sua prática e na identificação dessas situações deverá através das vias competentes, comunicar o erro, que neste contexto, se reporta ao registo na folha de incidentes críticos. No mesmo artigo, alínea d) o enfermeiro é responsável por assegurar “por todos os meios que estão ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados.” (DL nº104/98).

Perante normativo deontológico, o enfermeiro é responsável pela comunicação dos erros de medicação na respetiva folha de incidentes críticos existentes na unidade, de acordo com os dados obtidos a percentagem dos erros notificados (33,3%) e inferior à dos erros não notificados (40%). Será que, a cultura organizacional percecionada pelo enfermeiro relativamente ao erro de medicação é fundamental para a sua intenção de notificação? Os erros de medicação precisam de ser analisados através de uma abordagem sistémica, com base na premissa de que são o resultado final de uma sucessão de eventos e que não de correm apenas da falha de um profissional. Nos relatos que passamos a transcrever pode-se inferir que ainda existe um sentimento de medo assim como, uma posição consciente e comprometida para com o sistema no qual os participantes estão envolvidos.

R3 ... receio dos comentários e consequências dos erros o que faz com que os erros notificados sejam ainda poucos.”

R6 ... Muitas vezes a falta de coragem [medo] ou até mesmo a cobardia são razões para não notificar.”

R8 ...A falta de profissionalismo, a vontade e procura de sucesso [medo da penalização] têm sido fatores que levam à não notificação.”

FRAGATA (2011) enfatiza que a abordagem dos erros de medicação deverá compreender um tratamento sistémico e uma cultura de reporte isenta de culpa.

A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada refere que as crianças e os pais têm direito a serem informados sobre a sua doença e tratamentos, a fim de poderem participar na tomada de decisão relativa aos cuidados de saúde. Deste modo, a criança e família deveriam ter sempre conhecimento das

situações de erros de medicação. A maioria dos erros de medicação foi ocultada aos pais dado que encontramos no estudo apenas um relato com a comunicação da ocorrência do erro de medicação aos mesmos.

R2 “ fomos falar com a mãe e explicar-lhe que havia sido administrado o fármaco errado”

A tomada de decisão é apresentada, nos relatos que se seguem, como uma decisão médica justificada pela inferência de que a informação não sendo relevante ou importante para os pais ou ainda que estes poderiam não compreender a situação.

R4 “ não foi dado conhecimento aos pais, o médico achou que não era relevante esta informação ser dada aos pais.”

R6 “ este incidente foi ocultado aos pais, o médico de serviço achou não ser importante e que os pais poderiam não compreender.”

R7 “ não foi dada informação à criança nem aos pais sobre o erro terapêutico”

R9 “os pais que estavam presentes ficaram um pouco ansiosos mas a adolescente já estava a vomitar não estranharam muito a situação [que foi ocultada].

GARBUTT et al. (2007) num estudo cujo objetivo era caraterizar as atitudes e experiências de pediatras sobre a comunicação de erros aos familiares de doentes hospitalizados, é relatado por alguns pediatras que não comunicam o erro às famílias por acharem que estas não iriam entender e não querem saber da ocorrência do erro. Os mesmos autores, fazendo referência ao trabalho de GALLAGHER & LEVINSON (2005), salientam que os doentes e familiares querem ser informados sobre os erros mesmo que estes não tenham tido consequências graves. No trabalho realizado por DIZ & GOMES (2008) apenas 4,3% dos participantes descreveu o erro ocorrido ao doente e/ou família. Perante a ocorrência de um erro de medicação e independentemente de este provocar ou não lesões no doente, fica um dilema, contar ou não esse facto ao doente e/ou família. Os autores supra citados fazendo referência a CARVALHO & VIEIRA (2002) apontam como principais motivos que levam os profissionais a não revelarem os seus erros a diminuição da confiança do doente no profissional e a possibilidade de enfrentar um processo legal.

Neste estudo, 26,6% dos participantes fizeram referência à ocultação da informação aos pais decorrente de erros de medicação.

FERNER (2009) reportando-se ao estudo feito por CAPUZZO et al (2005) onde foi feita a análise dos eventos adversos numa unidade de cuidados

intensivos num hospital Italiano comparando os eventos notificados e os observados, demonstrou que os eventos notificados foram metade dos encontrados pela observação direta. No nosso estudo, um dos participantes faz referência a que os erros de medicação são superiores aos que são notificados.

R8 “não foi efetuada notificação do incidente...o que me leva a pensar que os erros são muito mais que aqueles que são notificados.”

ESPIN et al (2010) ao estudarem os fatores que influenciavam os enfermeiros no reporte de erros numa unidade de cuidados intensivos, concluíram que 81% dos enfermeiros dentro dos cenários que lhes foram colocados reportariam os erros. Este reporte, seria feito com recurso a métodos informais (partilha do erro com um colega, um superior hierárquico ou mesmo escrito nas notas do doente) ou formais. Comparando com os resultados do nosso estudo, temos 60% dos participantes a notificar de modo informal a ocorrência do erro e 33,3% que procedeu à notificação formal, na folha de incidentes críticos.

Numa síntese final referimos que a notificação torna-se uma questão de responsabilidade e benefício para o doente e que fazê-lo na folha de registo de incidentes críticos é uma forma de ativar recursos e mecanismos para minimizar a recorrência do erro. No nosso estudo temos um grupo de cinco (5) participantes com práticas de notificação consolidadas demonstradas pelo seu comportamento que é sustentado pela comunicação oral e registo na folha de incidentes críticos. Contudo, seis (6) dos participantes não relataram o erro na folha de incidentes ainda que três deles o tenham feito oralmente na equipa.

5.3 Consequências do Erro de Medicação

Na categoria, consequências do erro de medicação, emergiram as seguintes subcategorias: Repercussão na criança e família, repercussões para o profissional e repercussões para a instituição. Nas repercussões para a criança/família são referidas situações de desconforto, alterações hemodinâmicas e neurológicas, necessidade de recorrer a procedimentos e ainda a ocorrência de óbito e aumento do tempo de internamento. Para os profissionais as repercussões são essencialmente de cariz psicológico mas é abordada a questão de processo jurídico. No que concerne à instituição temos

o acréscimo dos gastos em saúde. O quadro que se segue ilustra resumidamente esta categoria.

QUADRO Nº 8 Consequências do erro de medicação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
CONSEQUÊNCIAS DO ERRO DE MEDICAÇÃO	REPERCUSSÕES CRIANÇA/FAMÍLIA	DESCONFORTO
		ALTERAÇÕES HEMODINAMICAS
		ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS
		NECESSIDADE PROCEDIMENTOS
		ÓBITO
		SEM MANIFESTAÇÃO DE PROVÁVEIS SINAIS E SINTOMAS
	REPERCUSÕES PROFISSIONAL	PERDA CONFIANÇA
		CULPA, RAIVA, TRISTEZA
		PROCESSO JURIDICO
	REPERCUSSÕES INSTITUIÇÃO	AUMENTO DO TEMPO DE INTERNAMENTO
		REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES
		TERAPÊUTICAS ADICIONAIS

Os erros de medicação acarretam custos humanos, económicos e sociais. Segundo WANNMACHER (2005) têm sido intitulados de epidemia encoberta, correspondendo a 7% do gasto total em cuidados de saúde nos Estados Unidos América.

Quando se fala em consequências do erro de medicação, os participantes concentram-se maioritariamente nas consequências negativas. Em 66,6% dos relatos do nosso estudo é referida a ocorrência de repercussões na criança e família decorrentes de um erro de medicação. Não as classificaram quanto à gravidade, mas nos relatos que passamos a apresentar verificamos que vão desde o desconforto físico até ao óbito:

R2 “apresentou alterações neurológicas importantes nos 2 dias seguintes, voltou ao seu estado normal sem sequelas”

R3 “contudo, este erro não teve qualquer repercussão no estado hemodinâmico da criança, e no imediato não acarretou qualquer tipo de consequências.”

R4 “a criança acabou por realizar doseamento do medicamento [o que implicou um procedimento invasivo], ficou 24h sem fazer nenhuma toma”

R5 “houve necessidade de fazer avaliação analítica com intervalo mais reduzido pelo risco acrescido de desequilíbrio hidroelectrolítico, acrescentou mais procedimentos invasivos.”

R6 “foi avaliada de imediato a glicémia...houve necessidade de realizar colheita de sangue ... o que implicou [outro] procedimento invasivo à criança.”

R7 “houve repercussão hemodinâmica imediata.”

R9 “durante um período apresentou alterações hemodinâmicas e vômitos incoercíveis.”

R10 “deterioração progressiva do estado neurológico, com referência a vários episódios convulsivos. Verificado o óbito após 1 mês e 6 dias de permanência nesta unidade.

R13 “extremamente desconfortável referindo mau estar geral... corrigido o desconforto com aumento da sedação.”

FREITAS & ODA (2008) num estudo em que avaliaram os fatores de risco relacionados com a administração de medicamentos e fazendo referência às consequências dos erros de medicação, relatam que estes podem contribuir para o aumento do tempo de internamento, provocar sequelas e levar à morte. Estes dados corroboram os apresentados anteriormente pela AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS (2003) em que as consequências dos erros de medicação são variados e vão desde um pequeno desconforto, considerável morbidade que pode aumentar o tempo de internamento e levar à morte.

A atuação de mecanismos de prevenção, deteção do erro precocemente, evitando as suas consequências também foi referida pelos participantes. Apesar de ter existido um erro de administração este não teve repercussões para a criança.

R1 “estes efeitos secundários nunca se manifestaram na criança, mas esta só foi transferida para a enfermaria dois dias depois”

R12 “poderia levar a criança a desenvolver uma insuficiência hepática com repercussões na sua recuperação.”

R15 “administrou-lhe paracetamol retal desconhecendo que o doente estava a aguardar o efeito do [paracetamol] feito pelo colega responsável pelo doente...sendo esta uma situação geradora de potencial lesão hepática (mas não houve consequências para a criança).”

É importante destacar que as consequências para o doente são uma preocupação dos enfermeiros. Apesar de o doente se encontrar vulnerável pela condição de doença que o levou à hospitalização, tais consequências extrapolam em muito o doente e acabam por afetar para além deste os profissionais, a instituição e a sociedade.

Quando ocorre um erro de medicação também foi salientado pelos participantes as repercussões que este pode ter nos profissionais. São inúmeros os sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros, na sua maioria afetam negativamente o enfermeiro sendo que, o efeito psicológico causado pode ser constrangedor e esmagador.

R2 “ o pai apresentou a partir de determinada altura um discurso culpabilizante para comigo. A sensação de culpa era grande”

R3” fiquei muito receosa e constrangida, devido ao medo do que o meu erro poderia ter acarretado para a criança.”

R6 “ face à situação os sentimentos predominantes são a preocupação e ansiedade por possíveis consequências para a criança, mas com postura de assumir as responsabilidades de um erro e potenciais consequências.”

R7 “ o profissional em questão ficou muito nervoso e ansioso, mas sempre responsável.”

R9 “ ficou emocionalmente afetada, saiu por curtos momentos para refletir sobre o incidente.”

R11 “ sentiu-se desconfortável e ficou nervosa pois apercebeu-se que poderia ter cometido um erro terapêutico apesar de ter confirmado o nome, dose e via de administração”

R13 “o pensamento é invadido por tantas coisas que nem imaginamos. Medo que aconteça algo irreversível, desconforto perante os colegas e até medo de sermos punidos por algo que poderia ter sido evitado. O sentimento de tristeza e angústia apodera-se de nós.”

R15 “ a colega ficou aborrecida com a situação.”

Pela evidência dos relatos podemos inferir que o erros de medicação afetam negativamente o enfermeiro, MAYO & DUNCAN (2004) no seu estudo sobre a perceção do enfermeiro sobre os erros de medicação fazem referência a sentimentos de tristeza, culpa, perda de confiança e raiva de si mesmos. Existe uma aproximação entre os relatos do nosso estudo e os referidos pelo autor supra citado. Podemos inferir que é esperado que os enfermeiros respeitem e cumpram os princípios da não maleficência e da beneficência, pois apesar do transtorno psicológico vivenciado existe sempre uma preocupação com a segurança do doente.

BOHOMOL & RAMOS (2006) descrevem que os sentimentos e emoções que o enfermeiro vivencia quando ocorre um erro de medicação são inúmeros, sendo os mais comuns, a culpa, preocupação com os efeitos no doente, perda de confiança e raiva de si mesmo.

Para além das consequências do transtorno psicológico referido pelos participantes é-nos apresentado um relato em que as consequências resultantes de um erro de medicação envolveram um processo jurídico.

R10 “foi instaurado um processo jurídico que aguarda resolução, mas será que conseguimos imaginar os sentimentos gerados nos profissionais envolvidos?”

As repercussões para a instituição também estão presentes. Em Portugal não temos dados concretos sobre as repercussões que os erros de medicação têm para as instituições, contudo e reportando-nos a um estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade de eventos adversos realizado em hospitais portugueses, no ano 2011, encontramos relatado que nos doentes em que se confirmou ocorrência de evento adverso, o período de internamento foi prolongado em média 10,7 dias com os consequentes e previsíveis gastos adicionais (SOUSA et al, 2011, p.31).

Também MANSOA et al (2011) desenvolveram um estudo relevante sobre a realidade portuguesa com base em dados nacionais com a avaliação da dimensão dos eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, em contexto hospitalar no decorrer do ano 2008 em Portugal Continental. Os dados encontrados sugerem que a ocorrência de eventos adversos esteja associada a períodos de internamento mais prolongados, maiores gastos e maior mortalidade. Foi ainda possível estimar que os gastos associados a eventos adversos correspondem a cerca de 4436 euros por episódio de internamento, tendo tido como referência o gasto unitário total por dia de hospitalização no Serviço Nacional de Saúde.

Também no nosso estudo, os participantes fazem referência à necessidade de prolongar o internamento na unidade de cuidados intensivos assim como aos gastos associados, não só ao prolongar do internamento como também aos procedimentos e terapêuticas adicionais para minimizar e/ou corrigir as consequências decorrentes do erro.

R1 “houve necessidade de prolongar o internamento na unidade para vigilância dos possíveis efeitos secundários... acarretam grandes custos”

R2 “a criança ficou internada [necessidade motivada pelo erro] em observação com o diagnóstico de intoxicação medicamentosa”

R4 “acarretando também este último custos económicos.”

R5 “consequentemente aumento de custos ao serviço/instituição”

R10 “...gastos efetuados [intervenção neurocirúrgica, sistemas de derivação externos, terapêuticas associadas, ventilação invasiva] sabendo que não existia nenhum caso documentado de sucesso.”

R12 “gastos pelo alargamento do tempo de internamento e até mesmo introdução de outra terapêutica.”

FREITAS & ODA (2008) fazendo referência aos fatores de risco relacionados ao erro de medicação apresentam o aumento do tempo de internamento como uma das consequências desse erro. A AMERICAM ACADEMY of PEDIATRICS (2003) já fazia referência ao prolongamento da hospitalização como uma das consequências para o doente e concomitantemente para a instituição com aumento dos gastos em saúde. Apresentam ainda outro elemento, pedido de indemnizações, mais de 30% dos recursos interpostos resultou em pagamento de indemnização. A Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE) no ano de 2010 realizou uma pesquisa na europa cujo objetivo foi identificar a prática comum em matéria de erros de medicação e partilhar as medidas destinadas a reduzir os mesmos. Ao longo da sua pesquisa constataram que os erros de medicação podem aumentar os gastos em cuidados e retardar a alta hospitalar, o que se traduz num aumento de gastos em saúde. (OE, 2012)

Concomitantemente, a par dos gastos monetários, devemos acrescentar os gastos resultantes da erosão do grau de satisfação e de confiança entre o cidadão e as instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Em suma, os erros de medicação podem resultar em morbilidade, mortalidade, aumento na monitorização e nos gastos em cuidados assim como retardar a alta hospitalar. Desta forma, poderemos constatar que os erros de medicação acarretam custos humanos, económicos e sociais.

A preocupação manifestada pelos enfermeiros com as consequências diretas do erro de medicação no doente é salutar mas estas extrapolam em muito o doente afetando profissionais, familiares, instituição e sociedade.

5.4. Estratégias

Nas estratégias relatadas pelos participantes a aprendizagem com o erro assume notoriedade. A aprendizagem construtiva com o erro levou à mudança de atitudes, a adquirir conhecimentos sobre as particularidades em pediatria e a valorizar a comunicação. Analisar e refletir sobre o erro permitiu rever a prática e consolidar conhecimentos. Sendo que, a partilha de experiência

fomenta a trocas de saberes. Apresentamos síntese desta categoria no quadro que se segue.

QUADRO Nº 9 Aprendizagem com o erro de medicação

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
APRENDIZAGEM COM O ERRO DE MEDICAÇÃO	APRENDIZAGEM CONSTRUTIVA COM O ERRO	MUDANÇAS DE ATITUDES
		AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DAS PARTICULARIDADES EM PEDIATRIA
		IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO
	ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O ERRO	REVER A PRÁTICA
		CONSOLIDAR CONHECIMENTOS
	PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS	TROCA DE SABERES

Uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros perante o erro de medicação é a dimensão construtiva da aprendizagem com o erro. É uma evidência conforme podemos constatar pelos relatos dos participantes:

R2 “desde então, independentemente da afluência de crianças ao serviço, não voltei a administrar terapêutica apressadamente... certifiquei-me das 5 certezas para a administração de fármaco. Para além da mudança pessoal foi reorganizada pela equipa de enfermagem a distribuição da terapêutica nas gavetas estas foram estratégias que utilizámos além da aprendizagem que fica.”

R11 “é necessário alargar os seus conhecimentos sobre a medicação e estando em pediatria está a aperceber-se que a dose é em função do peso... todos nós estamos sujeitos a cometer erros mesmo estando já há algum tempo no serviço, devemos estar cientes deste facto para não mecanizar a nossa atividade, e aproveitar estes momentos para aprender”

R15 “permitiu-me aprender uma grande lição, a comunicação nos dois sentidos é fundamental evitando assim a ocorrência de alguns erros.”

Analisar e refletir sobre o erro de medicação é outra estratégia utilizada para prevenir futuros erros:

R1 “tornou-se ainda mais evidente a importância de consultar bibliografia, colegas, farmácia, ou outros serviços de apoio, quando existir a mínima dúvida sobre algum fármaco. A mensagem que fica é que, devemos aprender com os erros analisar e refletir sobre a sua existência.”

R7 “se tivesse sido feita a verificação dos cinco certos não teria sido administrado o fármaco errado... Estamos sempre a aprender, mesmo com os erros. É importante fazer análise da nossa prática mesmo quando se erra”

Verificamos ainda pelos relatos que a aquisição e atualização de conhecimentos fundamentais sobre farmacologia são importantes para que haja um conhecimento das indicações e contra indicações, efeitos adversos, cuidados específicos na administração e monitorização do medicamento.

R1 “Tornou-se ainda mais evidente a importância de consultar bibliografia, colegas, farmácia...quando existir a mínima dúvida sobre algum fármaco”

R11 “é necessário alargar os seus conhecimentos sobre a medicação...”

O erro cometido surge como um momento de aprendizagem pessoal e grupo. O acontecimento gera nos intervenientes um estado de alerta cada vez que é realizada a mesma atividade.

Relativamente à ocorrência de erros de medicação entre pares as atitudes descritas pelos participantes são de apoio e não punitivas e aproveitadas como momentos de aprendizagem pela partilha de experiências conforme podemos verificar pelos seguintes relatos:

R5 “este momento [com o colega do hospital distrital] foi aproveitado para esclarecimento de dúvidas, partilha de informação com o objetivo de não haver recorrência do mesmo erro. Penso que a partilha de informação e esclarecimento de dúvidas entre os profissionais é uma estratégia para minimizar o erro.”

R10 “os incidentes terapêuticos podem ser considerados um desafio à nossa prática. É necessário encontrar estratégias e mecanismos que ajudem à prevenção do erro, associar a partilha de experiências e a reflexão às nossas práticas e reconhecer que é sempre possível instaurar a mudança rumo à excelência dos cuidados.”

DIZ & GOMES (2008) pelos resultados obtidos no seu estudo depreendem igualmente que os enfermeiros consideram importante começar a utilizar os erros de medicação ocorridos como meio de aprendizagem e correção das falhas que os propiciam. Trabalhar o erro de medicação é uma estratégia que permite a ativação de medidas para minimizar a recorrência do erro e nos permite aprender. E citando *Augusto Cury* “Uma pessoa inteligente aprende com os seus erros, mas uma pessoa sábia aprende com os erros dos outros”.

Uma estratégia importante para evitar a recorrência do erro e que pode e deve ser utilizada no dia-a-dia pelos enfermeiros é operacionalização do princípio dos cinco certos, isto é: que o medicamento certo, seja dado ao doente certo, na dose certa, na via certa, no horário certo. Aos cinco certos, ELLIOTT & LUI (2010) acrescentam quatro *certos*: com a documentação certa (registo em como foi administrada), ação certa (o medicamento a administrar é apropriado à situação do doente), forma certa (a formulação do medicamento a administrar é a certa para a via de administração prescrita) e resposta certa (monitorização, avaliação da resposta do medicamento).

Dois dos participantes fazem referência ao recursos dos cinco certos como estratégia para evitar a recorrência do erro.

R2 “Desde então, independentemente da afluência de crianças ao serviço, não voltei a administrar terapêuticas apressadamente simplesmente para que não tivessem que ficar algum tempo à espera e certifiquei-me sempre das 5 certezas para a administração de fármacos.”

R7 “se tivesse sido feita a verificação dos cinco certos não teria sido administrado o fármaco errado...”

A adoção de comportamentos seguros por parte dos enfermeiros reduz a ocorrência de erros de medicação. A verificação com recurso à utilização dos cinco *certos* foi considerada por 84,6% dos participantes de um estudo realizado em hospitais portugueses na área de Lisboa como elemento que minimiza a ocorrência de erros de medicação (DIZ & GOMES, 2008).

Também a dupla verificação independente minimiza a ocorrência de erros de medicação, isto significa que, uma segunda pessoa verifica o processo inteiro de modo independente, inclusive indicando e administrando a medicação ao doente. Estudos do Institute for Safe Medication Practices mostraram que duplas verificações independentes detetam aproximadamente 95% dos erros.

No nosso estudo, um dos participantes faz alusão à aplicação dos cinco certos assim como a dupla verificação.

R11 “A própria relatou o incidente que referimos anteriormente e referiu que além de seguir os passos aprendidos na escola para verificação da medicação [cinco certos] é necessário alargar os seus conhecimentos sobre a medicação e estando em pediatria está a aperceber-se que a dose é em função do peso. A verificação da medicação por um segundo elemento [dupla verificação], neste caso, foi a filtragem para a não ocorrência da administração de dose errada.”

Podemos ver assim no nosso estudo e em outros a existência de um espaço para aprender mesmo sendo essa aprendizagem decorrente de um erro.

6. SINTESE, CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área da segurança do doente, o grande desafio da investigação é criar conhecimento e através da sua transferência, permitir o desenvolvimento de soluções inovadoras que contribuam para diminuir o risco inerente à prestação de cuidados em saúde, nomeadamente no que se refere ao erro de medicação e dessa forma melhorar a segurança do doente. Paralelamente, é fundamental que esse conhecimento contribua para a tomada de decisão política em saúde. No entanto, a realidade apresenta algumas particularidades que tornam difícil a abordagem do erro de medicação, nomeadamente, a complexidade das organizações de saúde, o carácter multifatorial das situações que estão por detrás do erro de medicação e não menos importante, a sensibilidade do tema.

A utilização de medicamentos, em todo o mundo tem trazido benefícios consideráveis, no entanto os problemas relacionados com o seu uso têm acarretado prejuízos consideráveis à sociedade pelo que hoje é considerado um problema de saúde a nível mundial.

O erro de medicação, ou as consequências que decorrem do mesmo, constitui um tema incontornável nos países da União Europeia e um pouco por todo o mundo, sendo considerado um problema a que urge dar resposta pelo que se torna necessário identificar áreas de atuação, priorizar intervenções e monitorizar e avaliar essas intervenções.

O sistema nacional de reporte de eventos adversos, um forte espírito de liderança e envolvimento dos profissionais de saúde, um clima de confiança e uma cultura de aprendizagem são denominadores essenciais à promoção e disseminação nas instituições de saúde, de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Mudar esta situação é um desafio para todos os que trabalham na área da saúde.

Os enfermeiros em pediatria deveriam ser líderes na redução dos erros de medicação, uma vez que não são apenas responsáveis por alguns deles, mas fundamentalmente porque os enfermeiros são a última linha de defesa para a sua prevenção.

Essa liderança, quando realizada ao nível local de uma unidade de internamento, tem de assentar no conhecimento profundo do fenómeno no contexto de prática clínica. O presente estudo, realizado numa dinâmica de estudo de caso, ao permitir o aprofundamento do conhecimento da situação, na perspetiva dos enfermeiros, vai também possibilitar um perspetivar de ação futura.

Neste espaço apresentar-se-ão as principais conclusões assim como algumas linhas e propostas de intervenção futura neste domínio.

Relativamente às determinantes do erro de medicação, as condições de trabalho, o nível de ruído, a sobrecarga de trabalho, as situações geradoras de stresse, as distrações e interrupções, surgem como não favorecedoras de uma prática segura de cuidados e consequentemente como um fator que predispõe a ocorrência de erros de medicação. As frequentes interrupções e interferências no decorrer da preparação e administração da medicação têm bastante impacto no enfermeiro e no decurso do exercício da prática de cuidados. Ou seja, é reconhecido pelos enfermeiros que a prevalência dos erros de medicação é influenciada pelo ambiente onde decorre a prestação de cuidados.

A capacidade de comunicar de uma forma estruturada e segura com os diferentes elementos da equipa foi considerado um fator que contribui para a redução do erro de medicação. Poder-se-á então dizer que os enfermeiros, se deparam muito frequentemente com problemas de comunicação que interferem na execução do seu trabalho. A comunicação assume assim especial importância no setor saúde, também pelo seu contributo na diminuição da ocorrência e recorrência de erros de medicação.

Os erros de medicação podem ocorrer em diferentes fases do processo do medicamento, conforme relatado pelos nossos participantes. A forma como os medicamentos estavam armazenados nos carros de urgência foi apresentado por dois participantes (2) como um fator que levou à ocorrência do erro. A prescrição, apesar de nesta unidade ser informatizada não erradica a ocorrência do erro, que se apresentou incorreta no cálculo de dose e duplamente prescrita com horários diferentes, conforme relataram quatro

participantes (4). Já no erro de dose, referido também por quatro (4) participantes, a sobredosagem assume destaque. É-nos relatado também, a administração de medicamento não autorizado por dois (2) participantes, que ocorre pela troca de ampolas no momento da preparação. Relativamente ao erro de administração, relatado por dois (2) participantes, este é devido a: administração do medicamento em velocidade incorreta, administração por via diferente da prescrita e administração de medicamentos incompatíveis. Por fim, o erro de preparação, mencionado por dois (2) ocorre por escolha inapropriada do material de infusão e identificação do medicamento em perfusão.

Concluímos que, acrescido ao ambiente e comunicação temos falhas no processo do medicamento que proporcionam a ocorrência de erros, nomeadamente na: dispensa/armazenamento, prescrição, dose, administração de medicamento não prescrito, preparação e administração.

Quanto às práticas de notificação, uma questão de responsabilidade e benefício para o doente, o seu registo numa dinâmica relato de incidentes críticos é uma forma de ativar recursos e mecanismos para minimizar a recorrência do erro. No nosso estudo de caso temos um grupo de cinco (5) participantes cerca de 30% da população, com práticas de notificação consolidadas, demonstradas pelo seu comportamento quer de comunicação oral quer de registo na folha de registo de incidentes do erro ocorrido. Por outro lado, seis (6) dos participantes não relataram o erro na folha de incidentes ainda que três deles o tenham feito oralmente na equipa. Pode ficar subjacente que para alguns dos participantes a perceção do clima organizacional é ainda a procura do culpado, logo a culpabilização e a desconfiança perante a transparência, objetivos e confidencialidade do sistema de reporte existente na unidade não estarão a contribuir para uma prática desejável de notificação do erro de medicação por parte dos participantes

Assim, relativamente ao sistema de registo de incidentes críticos, na unidade, consideramos ser de sugerir a clarificação do seu objetivo e dos processos de análise desenvolvidos por quem recebe as notificações, garantindo uma abordagem sistémica e não individual e a sua finalidade de melhoria da qualidade.

O reconhecimento das práticas de notificação e as causas subjacentes à não notificação do erro de medicação revestem-se de grande importância por servirem de suporte para o encontro de estratégias, nomeadamente as que estão relacionadas com a preparação e administração de medicação. Mas perante os relatos dos participantes deste estudo, novas questões se levantam: Qual o fator que terá mais influência na tomada de decisão de reporte de erros de medicação? A responsabilidade ética profissional de notificar ou o receio das consequências de cariz pessoal e profissional?

A notificação de erros de medicação, revela-se como uma tomada de decisão clínica e ética constituindo um domínio a explorar do ponto de vista da investigação.

A preocupação dos enfermeiros com as consequências diretas do erro de medicação no doente é salutar, mas estas extrapolam em muito o doente afetando profissionais, familiares, instituição e sociedade. Os erros de medicação podem resultar em morbilidade, mortalidade, aumento na monitorização e nos gastos em cuidados assim como retardar a alta hospitalar. Desta forma, poderemos constatar que os erros de medicação acarretam custos humanos, económicos e sociais. A compreensão deste fenómeno bem como o impacto nos resultados em saúde e a efetividade de métodos de prevenção do mesmo, carecem de estudos mais aprofundados e abrangentes na população portuguesa. Estou convicta que esta constituirá, num futuro próximo, uma das principais linhas de reflexão e investigação.

As estratégias, relatadas pelos participantes têm sempre subjacente um processo de aprendizagem. Ou seja, existe sempre espaço para aprender mesmo que essa aprendizagem seja decorrente de um erro.

A aquisição e atualização de conhecimentos fundamentais sobre farmacologia são importantes para que haja um conhecimento das indicações e contra indicações, efeitos adversos, cuidados específicos na administração e monitorização do medicamento. A implementação da prática de verificação dos certos na administração de medicação com certificação de que todas as informações estão documentadas de forma correta é fundamental e foram também relatadas pelos participantes como estratégias

A dimensão construtiva da aprendizagem com o erro foi uma evidência encontrada. Do levantamento bibliográfico realizado nos estudos sobre o tema, é de salientar a diversidade de terminologias utilizadas, se em alguns estudos a noção de erro de medicação é amplamente explorada, noutros é subjetiva. Apresentando-se como uma limitação na comparação de estudos.

Também o nosso estudo, pelas suas características de estudo de caso, e ainda por a recolha de dados ter estado limitada a um curto intervalo de tempo, não nos permite estabelecer comparações com os achados de outros estudos. Seria importante realizar um estudo longitudinal com análise sistemática das notificações da unidade durante um período alargado.

Considero importante que exista a consciência de que os erros de medicação só podem ser prevenidos se falarmos sobre eles no sentido de construirmos sistemas de saúde que realmente se conhecem, e que prestam cuidados seguros e de qualidade. Tal fato implicará uma estratégia de divulgação e análise do estudo pela equipa de enfermeiros que nele participaram e pela equipa alargada. A prevenção ou minimização da ocorrência dos erros de medicação deve basear-se na procura dos seus determinantes sendo essencial reconhecê-los como parte integrante de qualquer sistema. Só através do conhecimento da real dimensão do fenómeno será possível intervir sobre ele, procurando minimizar a sua ocorrência e criar estratégias preventivas. A comunicação e notificação do erro são dimensões importantes a investigar sob risco de nos mantermos num processo que compromete a segurança do doente e a qualidade dos cuidados e também a satisfação dos profissionais.

A existência de mais estudos sobre o erro de medicamento na área da enfermagem pediátrica revela-se importante pelas especificidades deste grupo e pela escassez de estudos nesta área, nomeadamente em Portugal.

Termino fazendo das palavras de Alexandre Herculano as minhas palavras *“Eu não me envergonho de corrigir os meus erros e mudar as opiniões, porque não me envergonho de raciocinar e aprender”* este será decerto um pensamento que poderá ser mobilizador de uma atitude de notificação mais proactiva.

7. BIBLIOGRAFIA

- ✚ AHLUWALA, J.; MARRIOT, L. (2005) – Critical incident reporting systems. **Seminars in Fetal & Neonatal Medicine**. Amsterdam. Vol.10, p.31-37
- ✚ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2003) - Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting. **Pediatrics** Vol. 112 (2), pp.431-436.[em linha]. Acedido em: Maio 2012. Disponível em: <http://www.pediatrics.aappublications.org>
- ✚ AMERICAN NURSES ASSOCIATION. (2002). Statement of the American Nurses Association for the Institute of Medicine's Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety. Washington, DC: **ANA**, 1-8. [em linha]. Acedido em Junho 2011. Disponível em: www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1
- ✚ BAILEY, Kenneth D. (1994) – **Methods of Social Research**. 4ª ed. New York. The Free Press. ISBN 0-02-901279-1
- ✚ BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X
- ✚ BOHOMOL, Elena; RAMOS LH (2006) – Percepções sobre o erro de medicação: Análise de resposta da equipa de enfermagem. **Revista Latino- America Enfermagem** Vol. 14 (6), pp. 887-892. [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: www.scielo.br/rlae
- ✚ BRADY, Anne-Marie et al. (2009) - A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. **Journal of Nursing Management** Vol.17, pp.679–697.
- ✚ BROUSSARD, Lisa (2010) – Small Size, big Risk: Preventing Neonatal and Pediatric medication Errors. **Nursing for Women's Health** [em linha] acedido em: Junho 2011. Disponível em: <http://nwh.awhonn.org>
- ✚ CARNEIRO, António Vaz (2010) – O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista portuguesa de saúde pública*. Vol. 10 pp.3-10. [em linha]. Acedida em: junho 2011. Disponível em: www.elsevier.pt/rpsp
- ✚ Carta da Criança Hospitalizada [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- ✚ CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan (2002) - Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de Pediatria**. Vol.78 (4), pp. 265.

- ✚ CARVALHO, W.B (2006) - Erros de medicação: Aspectos relativos à prática médica. In: HARADA, M. J. C. S; PEDREIRA M. L. G; PEREIRA, S. R. Erro Humano e a Segurança do Paciente. São Paulo: **Atheneu** pp. 123-148
- ✚ CASSIANI, S. et al (2006) - O Processo de Preparo e Administração de Medicamentos: Problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Vol.14 (3), pp.354-363. [em linha]. Acedido em: Maio 2012: Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a08.pdf>
- ✚ CHANG, Yunkyung; MARK, Barbara (2011) - Moderating Effects of Learning Climate on the Impact of RN Staffing on Medication Errors. **Nurs res.** Vol 60 (1), pp.32-39. [em linha]. Acedido em: Março 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21127452>
- ✚ CHEDOE, Indra et al (2007) – Incident and nature of medication errors in neonatal intensive care with strategies to improve safety. **Drug Safety.** Vol.30 (6)
- ✚ CHIANG, Hui-Ying; PEPPER G. (2006). Barriers to Nurses Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. **Journal of Nursing Scholarship.** Vol. 38 (4),pp. 392-399. Acedido em: Junho 2010 de CINAHL Plus, disponível em EBSCO Masterfile database
- ✚ COUNCIL OF EUROPE (2005) - Committee of Experts on Management of Safety and Quality in health care (SP-SQS), Expert Group on Safe Medication Practices – Glossary of terms related to patient and medication safety. Disponível em: www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf
- ✚ COIMBRA, Jorséli; CASSINI, Sílvia (2001) - Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência.**Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Vol. 9 (2), pp.57
- ✚ CRESWELL, Jonh W. (2008) – **Research design, qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.** 3ª ed.. USA: Sage publications Ltd. ISBN 978-1-4129-6556-9.
- ✚ DECRETO - LEI nº 104/98. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. **Diário da República I Série A.** (98-04-21) 1753-1756.
- ✚ DECRETO - LEI nº 111/09.Estatuto da Ordem dos Enfermeiros **Diário da República I Série A.** (09-09-16).
- ✚ DHILLON, B.S. (2003) - **Human reliability and error in medical system.** Canadá: World Scientific pp.89-104 ISBN: 978-981-279-523-6

- ✚ DIZ, Elisabete FD; GOMES, Maria José AR (2008) – Causas de Erros na Medicação. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Agosto 2008, pp 5-14 ISSN: 0874-7695.
- ✚ DONCHIN, Yoel et al. (2003) – A look in to the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Quality and Safety in Health Care*. Vol. 12, pp.143-148. [em linha]. Acedido em: Junho 2012. Disponível em: <http://www.qshc.bmj.com>
- ✚ EDMUNDS, Holly (2000) – **Focus Group Research Handbook**. American Marketing Association. McGraw-Hill Professional. ISBN 0-658-00248-1
- ✚ ELLIOTT, Malcolm; LUI, Yisi (2010) – The nine rights of medication administracion: na overview. London: **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 19 (5), pp. 300-305
- ✚ ESPIN S. et al. (2010). To report or not to report: A descriptive study exploring ICU nurses perceptions of error and error reporting. **Intensive and Critical Care Nursing**, Vol.26 (1), pp.1-9. [em linha]. Acedido em: Maio 2012. Disponível em: www.elsevier.com
- ✚ FERNER, Robin E. (2009) – The epidemiology of medication errors: The methodological difficulties. **Bristih journal of Clinical Pharmacology**. Vol 67 (6). Pp.614-620. [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652125.2009.03417.x/pdf>
- ✚ FLICKI, U. (2006) - **An introduction to qualitative research**. London: Sage Publications Ltd. ISBN 0-7619-5587-9.
- ✚ FORTESCUE, Elizabeth B. (2003) – Prioritizing Strategies for Preventing Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. **Journal of The American Academy of Pediatrics** [em linha] Acedido em Junho 2011. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/111/4/722.full.html>
- ✚ FORTIN, Marie-Fabianne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-10-X
- ✚ FRAGATA, José; MARTINS, Luís (2008) - **Erro em medicina, perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 978-972-40-2347-2
- ✚ FRAGATA, José (2011) – **Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática**. Lisboa: Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-797-2

- ✚ FREITAS, Danielle F; ODA, Juliano Y. (2008) – Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. **Arq Ciênc Saúde Unipar**: Umuarama Vol12 (3) pp 231-237 [em linha] acedido em: Maio 2012. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2540/1983>
- ✚ GARBUTT, Jane et al. (2007) - Reporting and Disclosing Medical Errors: Pediatricians: Attitudes and Behaviors. **Arch Pediatr Adolesc Med**. Vol.161. pp179-185 [em linha] Acedido em: Maio 2012 Disponível em: www.archpediatrics.com
- ✚ GHALEB, Maisoon; WONG, Ian (2006) - Erros de Medicação em Doentes Pediátricos. **Atualidade em Pediatria**. Vol.14 (2) pp.63
- ✚ GIMENES, FRE et al (2006) – Electronic prescription as contributing factor for hospitalized patients safety. **Pharmacy Practice**. Vol 4 (1) pp 13-17 [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: www.pharmacypractice.org
- ✚ HENNEMAN, Elizabeth (2007) – Unreported Errors in the Intensive Care Unit: A case study of the way we work. **Critical Care Nurse**. Vol 27(5) pp 27-34. [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: <http://www.ccn.aacnjournals.org>
- ✚ HUGHES, Ronda G; EDGERTON, Elizabeth A (2005) – Reducing Pediatric Medication Errors: Children are especially at risk for medication errors. **American Journal of Nursing**. Vol. 105 (5), pp.79-84 [em linha]. Acedido em: Maio 2012. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/Inc/journalarticle?Article_ID=582832
- ✚ INSTITUTO QUALIDADE EM SAÚDE (2005) – Declaração de Luxemburgo sobre a segurança dos doentes. Segurança dos doentes torna-la uma realidade. Qualidade em saúde. Vol. 13, pp. 21-22. [em linha]. Acedido em: junho 2011. Disponível em: <http://www.igs.pt/>
- ✚ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2000) – Code of Ethics for Nurses [em linha]. Acedido em Junho 2011. Disponível em: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>
- ✚ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002) - Position Statement on Patient Safety. [em linha]. Acedido em: junho 2011. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Patient_Safety/p_FS-Medication_Errors.pdf
- ✚ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2011) – Joint Commition International Accreditation Standards for Hospitals. 4ª ed. ISBN 978-1-59940-434-9

- ✚ JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (2008 a) - Preventing pediatric medication errors. [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: http://www.jointcommission.org/sentineleventsalert/sea_39.htm
- ✚ JOINT COMMITION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS (2006). Critical Access Hospital 2006 Medication Management, 1-17. [em linha] Acedido em: Agosto 2011. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/>
- ✚ JOINT COMMITION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS (2008) - National Safety Goals. [em linha] Acedido em: Agosto 2011. Disponível em: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_hap_npsgs.htm
- ✚ KEERS, Richard N (2013) - Prevalence and Nature of Medication Administration Errors in Health Care Settings: A Systematic Review of Direct Observational Evidence. **The Annals of Pharmacotherapy**. Vol. 47(2), pp. 237-256 [em linha] Acedido em: Março 2013. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/779940_5.
- ✚ LEAPE, L. L. et al (2000) - Reducing adverse drug events: lessons from a breakthroughs series collaborative. **Jt. Comm. J. Qual. Improv.**, Vol. 26, nº 6 p. 321-331.
- ✚ LOBO ANTUNES, João (1996) – **Um Modo de Ser**. Lisboa: Grávida ISBN: 978-972-662-499-8
- ✚ LOPE, Raja et al (2009) – A quality assurance study on the administration of medication by nurses in a neonatal intensive care unit. Singapore: **Med J**. Vol 50 (1) pp 68-72. [em linha]. Acedido em: Maio 2012. Disponível em: www.medscape.com/viewarticle/779940_3
- ✚ MANSOA, Ana et al (2011) – eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano 2008. **Revista portuguesa de saúde pública**. Vol. 29 (2), pp. 116-122. Disponível em: www.elsevier.pt/rpsp
- ✚ MAYO, Ann M.; DUNCAN, Denise (2004) – Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need to Know for Patient Safety. **Journal of Nursing Care Quality**. Vol.19(3), pp.209-217. [em linha] Acedido em Junho 2011. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/lnc/journalarticle?Article_ID=514523
- ✚ MELO, Anna BR; SILVA, Lolita D (2008) – Segurança na terapia Medicamentosa: Revisão Literatura. **Rev Enfermagem** Vol. 12 (1), pp 166-172 [em linha] Acedido em: Agosto 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a26.pdf>

- ✚ NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION- NCC MERP (1998) – **What is a medication error?**[em linha] Acedido em Junho 2011. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.htm>.
- ✚ NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (1998 a) – **Taxonomy of medication errors** [em linha]. Acedido em Junho 2011. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.htm>.
- ✚ NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (2001) – **Index for categorizing medication errors** [em linha]. Acedido em Junho 2011. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.htm>.
- ✚ NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (2009) – **Review of patient safety for children and young people**. London: National Patient Safety Agency. [em linha]. Acedido em: Junho 2012. Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=45187>
- ✚ NEBEKER, JR et al. (2005) – high rates of adverse drug events in a highly computerized hospital. **Archives of Internal Medicine**. Vol.165 (10) pp 1111-1116 [em linha] Acedido em: Agosto 2011. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com>
- ✚ NIGHTINGALE, F. (2005) - **Notas Sobre Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-92-4
- ✚ NUNES, L. (2006) - **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-17-8.
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Boletim Divulgar. [em linha]. Acedido em: junho 2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Boletim Divulgar [em linha]. Acedido em Junho 2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – Folha Informativa. Erros de Medicação [em linha]. Acedido em Junho 2010. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_PT/ErrosdeMedicacao.pdf

- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIRO (2006) – Tomada de posição sobre a segurança do cliente. [em linha]. Acedido em: Junho 2011. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) - Tomada da Posição das Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa [em linha] Acedido em: Março 2012. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2012/TomadaPosicao_Erros_PNAE%202012.pdf
- ✚ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - A Importância da Farmacovigilância: Monitorização da Segurança dos Medicamentos. [em linha]. Acedido em: junho 2011. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca.pdf>
- ✚ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE (2008) – Patient safety workshop, Learning from error [em linha]. Acedido em: Outubro 2012. Disponível em:
<http://proqualis.net/files/2013/03/Oficina-de-seguranca-do-paciente-final.pdf>
- ✚ OTERO, LÓPEZ MJ; DOMÍNGUEZ-GIL A. (2000) – Acontecimentos adversos por medicamentos: una patologia emergente. **Farmacia Hospitalaria**. Espanha. ISSN: 1130-6343. Vol. 24 p.258-266
- ✚ OTERO, LÓPEZ MJ et al (2002) - Errores de medicación. In: Folgas J.B, editor. **Farmacia Hospitalaria**. 3ªed. Sociedad Espanhola de Farmacia hospitalaria. ISSN: 1130-6343 pp.713-743
- ✚ OTERO, LÓPEZ MJ et al (2003) - Errores de medicación y gestión de riesgos. **Revista Espanola de Salud Publica**. Madrid Vol. 77 pp.527-540
- ✚ OTERO, LÓPEZ MJ et al (2008) - Actualización de la calssificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. **Farmacia Hospitalaria**. Espanha. ISSN: 1130-6343. Vol.32, nº1 p.38-52.
- ✚ PEDREIRA M.L.G, PETERLINI M.A.S, HARADA M.J.C.S (2006) – **Erros de medicação: aspetos relativos à prática do enfermeiro**. In: Harada M.J.C.S, Pedreira M.A.S, Pereira S.R, editores – o erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu. pp. 123-148
- ✚ POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. (2004) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed

- ✚ PORTUGAL, DIREÇÃO GERAL SAÚDE (2011) – Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: estudo piloto. [em linha]. Acedido em: Maio 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150177AAAAAAAAAAAAA>
- ✚ PROGRAMA do XVIII GOVERNO – Saúde um Valor para Todos. [em linha]. Acedido em: Outubro 2012. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/ProgramaGoverno/Pages/Programa_Governo_13.aspx.
- ✚ PROT, Sonia et al. (2005) - Drug administration errors and their determinants in pediatric in-patients. **international Journal for Quality in Health Care** Vol.17 (5) . pp 381–389 [em linha] Acedido em Agosto 2011. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/>
- ✚ REASON, James (1990) – **Human error**. 13ª ed.. New York: Cambridge University Press. ISBN 0-521-31419-4
- ✚ REASON, J. (2005). Human Error: Models and Management. *BMJ*, 320, p. 768-770. [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: <http://www.bmijournals.com/cgi/reprintform>
- ✚ ROTHCHILD, JM et al. (2005) – The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Crit Care Med**. Vol. 33 (8), pp 1694-1700. [em linha]. Acedido em: Agosto 2011. Disponível em: <http://criticalcareminutes.com/Resources/Articles/2jc072507.pdf>
- ✚ SCHATKOSKI, Aline Modelski et al (2009) – Safety and protection for Hospitalized Children: Literature Review. **Rev latino-Am Enfermagem** Vol. 17 (3), pp 410-416.[em linha] Acedido em Agosto 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/rlae>
- ✚ SCHLUTER, J.; SEATON, P.; CHABOYER, W. (2008) – Critical incident technique: a user's guide for nurse researches. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol.61, pp.107-114
- ✚ SHANE, R. (2009) - Current status of administration of medications. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda Vol 66,pp 42-48
- ✚ SILVA, A E. et al (2007) – Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo: ISSN 1982-0194. Vol.20 (3), pp 272-276.
- ✚ SILVA, Graciete (2010) – Erro de medicação: Estratégias e novos avanços para minimizar o erro. [em linha] Acedido em Maio 2012. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/erro-de-medicao-estrategias-e-novos-avancos-para-minimizar-o-erro/33499/>

- ✚ SIQUEIRA, Jullyana S (2010) – Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. **Revista portuguesa de saúde pública**. Vol. 10 pp. 40-46. [em linha] Acedida em: junho 2011. Disponível em: www.elsevier.pt/rpsp
- ✚ SIMÓN A. (2002) – Erros de medicação. In: Ordem dos farmacêuticos, editor. Boletim do CIM. **Revista da Ordem dos farmacêuticos**. Vol. 49 pp. 1-4
- ✚ SNIJDERS, C. et al (2007) - *Incidents and errors in neonatal intensive care: a review of the literature*. London: **Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed**. Vol 92 (5) pp.391-398.
- ✚ SOUSA, Paulo (2006) – Patient Safety : A Necessidade de uma Estratégia Nacional. **Acta Médica Portuguesa**. Vol 19 pp 309-318. [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/.../637
- ✚ SOUSA, Paulo et al (2010) – Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. **Revista portuguesa de saúde pública**. Vol 10 pp. 40-46 [em linha] Acedido em: Maio 2012. Disponível em: www.elsevir.pt/rpsp
- ✚ SOUSA, Paulo et al (2011) – **Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade**. Lisboa: Personal Vision. ISBN 978-97342-0-3
- ✚ STEBBING, C. et al (2007) - The role of communication in pediatric drug safety. **Arch. Dis. Child**. ISSN 1468-2044 London, vol.92 (5), pp.440-445
- ✚ STREUBERT, Helen J. (2002) – A Produção da Investigação Qualitativa: Elementos comuns essenciais. In STREUBERT, Helen J; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-29-0 P
- ✚ TEIXEIRA, TCA; CASSIANI,SHB (2010) – Análise da causa raiz:avaliação de erros de medicação num hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol 44(1). Pp.139-146. [em linha]. Acedido em: Maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a20v44n1.pdf>
- ✚ TISSOT, E et al (2003) – observational study of potential risk factors of medication administration errors. **Pharmacy World & Science**.Dordrecht, Vol 25, pp264-268
- ✚ VALA, Jorge (1987) – Análise de Conteúdo. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira – **Metodologias das Ciências Sociais**. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0184-2

- ✚ WALSH, K. E et al (2005) - How to avoid pediatrics medication errors: a user's guide to the literature. **British Medical Journal** Vol 90. pp. 698-702.[em linha] Acedido em: junho 2011. Disponível em: <http://adc.bmj.com/cgi/content/abstratc/90/7/698>
- ✚ WANNMACHER, Lenita (2005) – Erros: evitar o evitável. **Brasília** ISSN 1810-0791 Vol. 2 (7)
- ✚ WESTBROOK, Johanna I. et al (2010) – Association of Interruptions With an Increased Risk and Severity of Medication Administration Errors. **Arch Intern Med.** 170(8):683-690. [em linha] Acedido em junho 2011. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com>
- ✚ WILSON, Sally et al. (2010) – Research priorities for nursing care of infants, children and adolescents: a West Australian Delphi study. **Journal of Critical Nursing** Vol.19, pp.1919-1928.
- ✚ WONG, Ian et al. (2004) – Incidence and Nature of Dosing Errors in a Pediatric Medication: A Systematic Review. **Drug Safety.** Vol 27, p.661-670. Disponível em: http://adisonline.com/drugsafety/Abstract/2004/27090/Incidence_and_Nature_of_Dosing_Errors_in.4.aspx
- ✚ YIN, Robert K. (2005) – **Estudo de Caso: Planeamento e métodos.** 3ª ed.. São Paulo: Bookman. ISBN 85-363-0462-6
- ✚ ZAKHAROV, Sergey; TOMAS, Navatril; PELCLOVA, Daniela (2012) - Medication errors-an enduring problem for children and elderly patients. Upsala **Journal of Medical Sciences.** Vol. 117 (3), pp.309-317. [em linha]. Acedido em: OUTUBRO 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410291/>

ANEXOS

ANEXO I

Consentimento Informado

Exmo(a) Sr(a) Enfermeiro(a)

No âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Infantil e Pediatria – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver neste serviço, entre os meses de Outubro e Novembro do presente ano, a fase de colheita de dados da dissertação: “O Erro Terapêutico em Pediatria – Estudo de Caso sobre as perspetivas dos enfermeiros na sua prática no que se refere ao erro terapêutico, seus determinantes e consequências, na prestação de cuidados de enfermagem ao utente pediátrico na UCIPED”, **e a sua colaboração é indispensável!**

Estima-se que em Portugal existirão entre 1330 e 2900 mortes anuais devido a erros cometidos por equipas que prestam cuidados médicos, mais mortes do que por acidente de viação, 1145 no ano 2006, ou devido ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) 873 em 2006 (Fragata e Martins, 2008; p.30).

Vários autores afirmam que os enfermeiros são responsáveis por um maior número de efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem a maior parte do tempo com os utentes. Entende-se por *efeito adverso evitável* “um dano inesperado causado por cuidados médicos e não por um processo de doença” (Michel, 2004, citado pelo SP-SQS; p.9).

A complexidade das funções desempenhadas, o stress, a imprevisibilidade e a elevada tecnologia que caracterizam uma unidade de cuidados intensivos são fatores indutores de erros humanos e do sistema.

É uma evidência que os cuidados de enfermagem estão inevitavelmente envolvidos na *segurança dos doentes*, definida pelo SP-SQS (2005, p.8) como “a liberdade de danos acidentais durante o curso dos cuidados médicos; atividades que evitem, previnam ou corrijam os resultados adversos que podem resultar da prestação de cuidados de saúde; a identificação, análise e gestão de incidentes e riscos para o utente, de modo a tornar os cuidados mais seguros e minimizar os danos aos utentes.”

Este é um estudo qualitativo, através do qual procuraremos compreender o fenómeno do Erro Terapêutico em Pediatria na prática de cuidados dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, dando voz aos atores diretamente envolvidos. O método a ser seguido será o Estudo de Caso, pretendendo-se conhecer em profundidade o fenómeno em estudo.

Tem como objetivo:

- Analisar a opinião que os enfermeiros prestadores de cuidados têm da sua prática no que se refere aos determinantes do erro terapêutico, estratégias de intervenção utilizadas e práticas de notificação na prestação de cuidados de enfermagem ao utente pediátrico na Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria.

Os dados em bruto recolhidos em formato digital não serão reproduzidos nem disponibilizados a nenhuma outra entidade que não o responsável pelo estudo, e serão guardados numa base de dados protegida por uma palavra passe apenas acessível à investigadora.

Em anexo segue o consentimento informado que deverá ler atentamente e assinar caso aceite colaborar no estudo. Se tiver alguma dúvida ou questão a colocar não hesite em contactar-me.

Obrigada pela atenção dispensada!

Enfª Priscila Nogueira Carreira (pris.carreira.enf@gmail.com)

Consentimento informado

Autora do estudo: Enfermeira Priscila Nogueira Carreira, no âmbito da Dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Este documento visa solicitar a sua participação na fase de colheita de dados da dissertação: “O Erro Terapêutico em Pediatria: Perspetivas e Práticas dos enfermeiros – Estudo de Caso sobre a opinião dos enfermeiros na sua prática no que se refere aos seguintes elementos do erro terapêutico, seus determinantes, estratégias utilizadas e práticas de notificação na prestação de cuidados de enfermagem ao utente pediátrico na UCIPED”

É-lhe ainda solicitada a autorização para que o conteúdo dos *Relatos de Incidentes Críticos* seja gravado em suporte digital para posterior análise e tratamento dos dados.

Através deste documento são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- 1 - Solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre este trabalho de investigação;
- 2 - Sigilo absoluto sobre nome, apelidos, data de nascimento, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal;
- 3 - Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- 4 - Opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5 - Desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Informado’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais à minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar no estudo.

Lisboa, ____ de _____ de 2012

Participante:_____

Autora do Estudo:_____

ANEXO II

Guia Orientador para Relato Incidente Crítico

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria**

GUIA ORIENTADOR PARA RELATO DO INCIDENTE CRÍTICO

ERRO TERAPÊUTICO EM PEDIATRIA

Enquanto profissionais de saúde torna-se fundamental saber como lidar com o erro, compreender as causas/determinantes; reconhecer atitudes e comportamentos assim como acontecimentos potenciadores do erro; perceber as suas implicações aos vários níveis (saúde, ético, social, económico), e por fim ser capaz de relatar essas situações para que se possam estabelecer estratégias preventivas e consequentemente ampliar a qualidade da nossa praxis.

Desde 2008, que a Unidade percebendo a importância deste facto, para a qualidade dos cuidados e segurança do doente avançou com o projeto de *Relato de Incidentes Críticos* onde cada um de vós, enquanto enfermeiro, desempenha um papel primordial na priorização da educação e prevenção do erro, numa lógica não punitiva dos elementos envolvidos.

Neste sentido, de modo a aprofundar o estudo do erro terapêutico em pediatria venho solicitar a sua colaboração através da narração de uma situação vivida na unidade e que no seu entender foi um erro terapêutico.

Descreva detalhadamente o acontecimento nas suas diferentes dimensões: físicas, emocionais, económicas, sociais...

Nessa descrição por favor faça referência ao **momento, local, os intervenientes**, o que **sentiu**, o que **pensou**, o que o **preocupou**, como **agiu**, e o que, em seu entender **motivou ou proporcionou a ocorrência** do erro.

Por favor não deixe de referir quais foram as **consequências** para o **doente** e para os **profissionais** envolvidos e o que é que a **situação mudou no seu modo de pensar e de agir**.

Pretendemos que pense sobre a forma como são relatados os incidentes críticos na UCIPED, nomeadamente no que se refere ao erro terapêutico.

RECORDE QUE:

INCIDENTE - é qualquer evento não esperado que pode ou não determinar danos e, no caso de causar danos, estes serão sempre limitados a parte da unidade, não ao seu todo.

CRÍTICO – o incidente deve ocorrer numa situação onde o objetivo ou intenção do ato seja claro para o observador, e onde as consequências sejam suficientemente definidas de forma a não deixar dúvida no que se refere aos seus efeitos.

Escreva em suporte informático e grave em suporte digital que entregarei aquando da assinatura do consentimento informado que comprova a sua aceitação na participação do estudo.

Agradecemos que **NÃO IDENTIFIQUE** o seu relato.

LEMBRAMOS QUE NÃO EXISTEM RESPOSTAS CORRECTAS OU INCORRECTAS e que o anonimato será garantido. PORTANTO, É FUNDAMENTAL descrever a sua situação tal como ela foi vivida e sentida por si.

Obrigada.

ANEXO III

Pedido de Autorização para realização do Estudo



Exma. Senhora
Enfermeira Especialista
Priscila Nogueira Carreira
Urgência de Pediatria

Assunto: Autorização para colheita de dados, por meio do Relato de Incidentes Críticos e Focus Group, no âmbito da realização do trabalho de Investigação "O Erro de Terapêutica em Pediatria: Perspectivas e práticas dos enfermeiros", decorrente da frequência do Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a colheita de dados aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Os melhores cumprimentos,

Lisboa, 18 de Abril de 2012

A Enfermeira Directora

(Catarina Santos Bafuca)

VAR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt